Función Pública

Decreto 1427 de 2022

Los datos publicados tienen propósitos exclusivamente informativos. El Departamento Administrativo de la Función Pública no se hace responsable de la vigencia de la presente norma. Nos encontramos en un proceso permanente de actualización de los contenidos.

DECRETO 1427 DE 2022

(Julio 29)

Por 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 y se dictan otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el segundo literal a) del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y en desarrollo de los artículos 206 y 207 de la Ley 100 de 1993, 19 de la Ley 1751 de 2015, 1 de la Ley 1822 de 2017 y la Ley 2114 de 2021 y,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de Colombia establece en su artículo 42, que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y consagra el amparo a los derechos de los niños.

Que, el artículo 43 *ibídem*, determina la igualdad de derechos y oportunidades para el hombre y la mujer y la especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo y después del parto.

Que el Código Sustantivo del Trabajo, en sus artículos 227, 236 y 237, consagra el derecho al reconocimiento y pago de un auxilio por incapacidad comprobada para desempeñar las labores, ocasionada por enfermedad no profesional y el derecho de todos los trabajadores al goce de una licencia.

Que el afiliado cotizante del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como el afiliado al régimen Especial o de Excepción que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales cotice al SGSSS, tienen derecho al auxilio monetario derivado de la incapacidad por enfermedad general de origen común y al pago de la licencia de maternidad, tal como se consagra en los artículos 206 y 207 de la Ley 100 de 1993.

Que la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, establece normas y mecanismos de protección por parte del Estado, integrando la autonomía médica, como principio que debe ser incorporado en la normativa que se expida, en especial lo atinente a las responsabilidades que, frente a la expedición de incapacidades derivadas de enfermedades de origen común y licencias de maternidad, le atañe a los profesionales de la salud autorizados por la ley para su expedición.

Que, con la expedición de la Ley 1822 de 2017, se amplió el término de duración de la licencia de maternidad y se previó su extensión a circunstancias como adopción, custodia, enfermedad o fallecimiento de la madre, haciéndose necesario establecer el procedimiento y las reglas para su reconocimiento y pago.

Que, teniendo en cuenta que mediante la 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 241A del Código Sustantivo del Trabajo, y se dictan otras disposiciones", se establecieron requisitos y condiciones para el reconocimiento y pago por parte del

Sistema General de Seguridad Social en Salud de las citadas licencias, se hace necesario incorporar algunos aspectos previstos por el legislador en la regulación, sin perjuicio de la reglamentación que a futuro corresponda expedir al Gobierno nacional y de los procedimientos que deban adelantarse ante los empleadores, en el caso de los trabajadores dependientes.

Que, 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, haciéndose necesario establecer los requisitos y demás aspectos para su reconocimiento, 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.

Que de conformidad con lo definido en los CONPES 3956 de 2019 y 4023 de 2021, que establecen las políticas de formalización empresarial y reactivación económica se hace necesario avanzar en la construcción de un sistema de información que permita un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados, que integre, a su vez, a las entidades que intervienen en la financiación, flujo y administración de recursos, reconocimiento y pago de tales prestaciones económicas, para su posterior análisis y toma de decisiones.

Que en cumplimiento de lo previsto por los artículos 3 y 8 de la Ley 1437 de 2011 y 2.1.2.1.14 del Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, modificado por el artículo 2 del Decreto 1273 de 2020, las disposiciones contenidas en el presente Decreto fueron publicadas en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social para comentarios de la ciudadanía y los grupos de interés, durante los períodos comprendidos entre el 18 de marzo y el 1° de abril de 2021 y entre el 28 de abril y el 10 de mayo de 2022.

Que conforme con lo anterior, resulta necesario establecer 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, así como facultar al Ministerio de Salud y Protección Social para que diseñe, desarrolle e implemente un sistema de información de incapacidades y licencias para su gestión, seguimiento, control y trazabilidad.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

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

"TÍTULO 3

PRESTACIONES ECONÓMICAS

CAPÍTULO 1

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 2.2.3.1.1 Objeto. El presente título tiene por objeto establecer las reglas para la expedición, reconocimiento y pago de las licencias de maternidad y de paternidad, así como de las incapacidades de origen común, incluidas las superiores a 540 días, definir las situaciones de abuso del derecho y el procedimiento que debe adelantarse ante estas.

ARTÍCULO 2.2.3.1.2 Campo de aplicación. Las normas contenidas en este título aplican a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, a los prestadores de servicios de salud, a los aportantes, a los afiliados cotizantes, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP y a las Administradoras de Fondos de Pensiones AFP.

También aplica al afiliado cotizante a un Régimen Exceptuado o Especial o a su cónyuge, compañero o compañera permanente, que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales este obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme lo consagrado en el artículo 2.1.13.5 del presente decreto.

ARTÍCULO 2.2.3.1.3 Definiciones. Para los efectos del presente título se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Edad gestacional. Número de semanas resultante del cálculo entre la fecha del primer día de la última regla o de la fecha del registro ecográfico de una mujer gestante y la fecha en la cual se da el parto o la pérdida, la cual es determinada por el médico tratante.

Enfermedad general. Afectación de la salud de una persona, que compromete su bienestar físico o mental, derivada de eventos ajenos a su actividad.

Embarazo múltiple. Embarazo en que coexisten dos o más fetos en la cavidad uterina.

Estado activo. Es la condición de afiliación en la que se encuentra el usuario en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), diferente a retirado, suspendido o desafiliado por fallecimiento.

Fecha probable del parto. Fecha calculada o estimada de la semana 40, a partir de la fecha del primer día de la última regla o de la fecha del registro ecográfico de una mujer gestante, la cual es determinada por el médico tratante.

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.

Licencia de maternidad por extensión. Garantía 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 del SGSSS, 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.

Mortinato o nacido muerto. Hace referencia al nacimiento de un feto sin vida producto del embarazo igual o superior a 22 semanas de gestación o feto igual o mayor a 500 gramos.

Muerte materna tardía. La muerte de la mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo y antes de un año de la terminación de este.

Muerte materna temprana. La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Nacido vivo. Es el producto de la concepción independientemente de la duración del embarazo y que después del parlo respira o da cualquier otra señal de vida.

Parto a término. Expulsión del feto fuera del organismo materno cuando la edad gestacional sea igual o superior a 37 semanas.

Parto pretérmino. Expulsión del feto fuera del organismo materno cuando la edad gestacional es mayor a 22 semanas y menor de 37 semanas.

ARTÍCULO 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados. Son competentes, para expedir el certificado de incapacidad o licencia de maternidad los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el Re THUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio provisional.

La incapacidad de origen común y la licencia de maternidad, en cuanto se derivan del acto médico u odontológico, según aplique, están sujetas a las normas de la ética médica u odontológica y a las responsabilidades 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.

ARTÍCULO 2.2.3.1.5 Sistema de Información de Prestaciones Económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un sistema de información de incapacidades y licencias a través de un portal web, en línea y centralizado que permita tener la trazabilidad y flujo de los recursos. Este sistema se podrá desarrollar por fases, iniciando por el módulo de incapacidades.

CAPÍTULO 2

LICENCIA DE MATERNIDAD Y DE PATERNIDAD

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, acredítelas siguientes condiciones al momento del parto:

Estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante y en estado activo.

Haber efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación.

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 Jugar.

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, salvo lo previsto en el artículo 2.2.3.2.3 de este Decreto, para las trabajadoras independientes con un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal mensual vigente.

PARÁGRAFO 1. Cuando se presente un parto pretérmino, 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 semanas conforme con lo previsto en la normativa vigente, siempre y cuando los menores hayan nacido vivos.

PARÁGRAFO 2. La afiliada tendrá derecho a una licencia de dos o cuatro semanas, de acuerdo con el criterio médico, remunerada con el salario que devengaba en el momento en que esta inicie, sin perjuicio que el médico tratante pueda otorgarle una incapacidad de origen común una vez culmine aquella, en el caso previsto por el artículo 237 del Código Sustantivo del Trabajo.

ARTÍCULO 2.2.3.2.2 Condiciones para el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad por extensión. 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 anterior.

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.

PARÁGRAFO. El reconocimiento de la licencia de maternidad por extensión estará a cargo de la entidad promotora de salud o la entidad adaptada a la cual se encontraba afiliada la madre en caso de fallecimiento, custodia, enfermedad, o de la EPS del adoptante.

ARTÍCULO 2.2.3.2.3 Licencia de maternidad de la trabajadora Independiente con un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal mensual vigente. Cuando la trabajadora independiente, con ingreso base de cotización de un salario mínimo mensual legal vigente, haya cotizado un período inferior al de gestación, tendrá derecho al reconocimiento de la licencia de maternidad, conforme a las siguientes reglas:

Cuando ha dejado de cotizar hasta por dos períodos, procederá el pago completo de la licencia.

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

En ningún caso, la licencia de maternidad podrá ser liquidada con un Ingreso Base de Cotización inferior a un (1) salario mínimo mensual legal vigente.

ARTÍCULO 2.2.3.2.4 Certificado de licencia de maternidad. Es el documento que está obligado a expedir el médico tratante o médico que atendió el parto, para dar constancia de la culminación del embarazo, el cual deberá contener como mínimo la siguiente información:

Razón social o nombres y apellidos del prestador de servicios de salud donde se atendió el parto.

NIT del prestador de servicios de salud

Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)

Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada

Lugar y fecha de expedición

Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad

Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente

Código del diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente

Fecha probable del parto

Fecha de inicio y terminación de la licencia de maternidad

Días de licencia de maternidad

Edad gestacional en semanas.

Embarazo múltiple Si o No

Número de nacidos vivos

Número del certificado de cada nacido vivo

Nombre, tipo y número de identificación y firma del médico que lo expide.

PARÁGRAFO. Los datos contenidos en el certificado de licencia de maternidad deberán quedar consignados en la historia clínica del paciente. El médico tratante deberá expedir el certificado de licencia de maternidad en un plazo no mayor a tres (3) días calendario siguientes al nacimiento del menor.

ARTÍCULO 2.2.3.2.5 Expedición del certificado de licencia de maternidad por extensión. 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 siguientes 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.

ARTÍCULO 2.2.3.2.6 Certificados de licencia de maternidad o documento equivalente expedido en otro país. Los certificados de licencia de maternidad o documento equivalente expedidos en otro país, para efectos de su reconocimiento por parte de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, deberán ser legalizados o apostillados en la embajada o el consulado de Colombia o en su defecto, en el de una nación amiga. Será indispensable adjuntar el resumen de historia clínica o epicrisis. Tanto el certificado como el resumen de historia clínica o epicrisis deben estar traducidos al español por traductor oficial.

PARÁGRAFO. El aportante dispone de seis (6) meses a partir de la fecha en que efectivamente se originó la licencia de maternidad, para solicitar ante la entidad promotora de salud o entidad adaptada la validación del certificado expedido en otro país.

ARTÍCULO 2.2.3.2.7 Licencia de paternidad. La licencia de paternidad deberá ser disfrutada durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de nacimiento del menor o de la entrega oficial del menor que se ha adoptado.

El empleador o trabajador independiente presentará ante la entidad promotora de salud o la entidad adaptada a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento o de la entrega oficial del menor adoptado, el registro civil de nacimiento del menor o del acta en la que conste su entrega oficial entidad.

Para su reconocimiento y pago, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que el afiliado cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación de la madre, procediendo el reconocimiento proporcional por cotizaciones, cuando hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación.

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

La licencia de paternidad será liquidada con el ingreso base de cotización declarado por el padre en el mes en que nace el menor o en que fue entregado oficialmente.

PARÁGRAFO. Cuando la entidad promotora de salud o entidad adaptada a la que se encuentre afiliado el padre del menor no sea la misma de la madre y el periodo de cotización de este sea inferior al período de gestación, se deberá presentar ante la entidad responsable del aseguramiento, el certificado de licencia de maternidad, a efecto de realizar el cálculo proporcional de la licencia.

ARTÍCULO 2.2.3.2.8 Licencia de maternidad o paternidad concomitante con incapacidad de origen común. Si durante el período que abarca la licencia de paternidad o maternidad preparto y post parto coexistiere una incapacidad de origen común, se causará solamente la prestación económica derivada de la maternidad o paternidad. Si terminada la licencia subsiste la incapacidad, ésta se reconocerá en las cuantías y condiciones determinadas por la normativa vigente.

ARTÍCULO 2.2.3.2.9 IBC para el reconocimiento y pago de licencias de maternidad y paternidad. El reconocimiento y pago de las licencias de maternidad y paternidad se realizará sobre el ingreso base de cotización reportado al momento de iniciar esta, entendiendo por inicio, el reportado en el día uno (1) de la licencia.

Cuando exista multiplicidad de aportantes para la fecha de inicio de la prestación, el valor a reconocer se liquidará en forma proporcional a lo aportado durante el periodo de gestación y se pagará de manera independiente a cada uno de ellos

CAPÍTULO 3

INCAPACIDAD DE ORIGEN COMÚN

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:

Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.

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.

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.

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:

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

NIT del prestador de servicios de salud

Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)

Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada

Lugar y fecha de expedición

Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad.

Grupo de servicios:

01 Consulta externa

02 Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica

03 Internación

04 Quirúrgico

05 Atención inmediata

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

Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE, vigente

Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente

Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)

Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o laboral

Fecha de inicio y terminación de la incapacidad;

Prorroga: Si o No

Incapacidad retroactiva:

01 Urgencias o internación del paciente

02 Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y Jugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo

03 Evento catastrófico y terrorista.

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.

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 direccione 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 medico 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 delos quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado de incapacidad expedido por el medico 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.

ARTÍCULO 2.2.3.3.4 Certificados de incapacidad de origen común por eventos ocurridos con anterioridad o retroactivos. No se podrán expedir certificados de incapacidad por eventos ocurridos con anterioridad, salvo en las siguientes situaciones:

Urgencia o internación del afiliado

Trastornos de la memoria, confusión mental, desorientación en persona, tiempo y Jugar y otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico.

Eventos catastróficos y terroristas.

En estos casos, el médico tratante expedirá certificado de incapacidad de origen común con una retroactividad que no podrá ser superior a treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición, en los términos establecidos en el presente decreto. No habrá lugar a expedir certificado de incapacidad con vigencia retroactiva tratándose de atención ambulatoria.

PARÁGRAFO. Durante el período en que el afiliado se encuentre en urgencias o internación, tendrá derecho a que se expida constancia de hospitalización por parte de la IPS, en la que se indique tal circunstancia, y se señale de manera expresa que dicho documento de certificado de incapacidad. En todo caso, se deberá expedir la constancia dentro de los dos (2) días calendarios siguientes a la solicitud efectuada por el paciente o su representante, sin que se exijan requisitos adicionales para su expedición.

ARTÍCULO 2.2.3.3.5 Expedición de certificados de incapacidad de origen común con fecha de inicio posterior a la de expedición. Se puede expedir certificado de incapacidad con fecha de inicio prospectiva cuando se trate de prórroga por el mismo diagnostico o por un diagnostico relacionado y este se expida en una consulta de control realizada máximo dentro de los ocho (8) días anteriores a la fecha en que finaliza el período de incapacidad que se va a prorrogar o en el caso que, existiendo una incapacidad, se genere un evento diferente que se sobreponga, sin que los días de incapacidad otorgados se acumulen.

ARTÍCULO 2.2.3.3.6 Certificados de incapacidad de origen común expedidos en otro país. Los certificados de incapacidad de origen común

expedidos en otro país, para efectos de su reconocimiento por parte de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, deberán ser legalizados o apostillados en la embajada o el consulado de Colombia o en su defecto, en el de una nación amiga. Sera indispensable adjuntar el resumen de la historia clínica o epicrisis. Tanto el certificado como la historia clínica o epicrisis deben estar traducidos al español por traductor oficial.

PARÁGRAFO. El aportante dispone de seis (6) meses a partir de la fecha en que efectivamente se originó la incapacidad de origen común, para solicitar ante la entidad promotora de salud o entidad adaptada la validación del certificado expedido en otro país.

ARTÍCULO 2.2.3.3.7 Reconocimiento de incapacidades simultáneas. Cuando se presenten dos o más incapacidades de origen común de manera simultánea, para efecto de su reconocimiento se entenderá que se trata de una sola incapacidad contada desde el día inicial de la primera hasta el último día de la más amplia. Cada incapacidad deberá registrarse de manera independiente.

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

ARTÍCULO 2.2.3.3.8 Incapacidad de origen común, durante el periodo de vacaciones. Cuando, durante el periodo de vacaciones del cotizante, se expidiere una incapacidad de origen común, se interrumpirán las vacaciones por el tiempo que dure la incapacidad y se reanudarán al día siguiente de la culminación de la incapacidad.

ARTÍCULO 2.2.3.3.9 Incapacidad de origen común en periodo de protección laboral. No habrá lugar al reconocimiento y pago de incapacidad de origen común, durante el periodo de protección laboral.

ARTÍCULO 2.2.3.3.10 Expedición de certificado de incapacidad de origen común a afiliados con más de un empleador. Si el afiliado estuviere vinculado laboralmente con dos o más empleadores, el certificado expedido será válido para que el trabajador legalice su situación ante cada uno de los empleadores.

CAPÍTULO 4

DOCUMENTOS, VALIDACIÓN, LIQUIDACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

ARTÍCULO 2.2.3.4.1 Documentos para el trámite de reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones económicas. Para el reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones económicas derivadas de incapacidad de origen común, licencia de maternidad y licencia de paternidad, el aportante deberá entregar a la entidad promotora de salud o entidad adaptada, los siguientes documentos, según sea el caso:

Incapacidad de origen común:

Certificado de incapacidad de origen común expedido por el prestador de servicios de salud de la red de la EPS o entidad adaptada, o validado por esta.

Licencia de maternidad:

Certificado de licencia de maternidad expedido por el prestador de servicios de salud de la red de la EPS o entidad adaptada o validado por esta.

En caso de licencia de maternidad por extensión, certificado de licencia de maternidad expedido por la EPS o entidad adaptada, a favor de quien corresponda, adjuntando registro civil del menor entregado en adopción o acta de entrega del menor de edad por parte del ICBF o institución autorizada para ello; copia del acto administrativo o providencia judicial que hubiere otorgado la custodia, certificado de defunción, o certificación médica en la que conste la incapacidad de la madre para cuidar al menor, según corresponda.

El registro civil de Nacimiento del menor

Licencia de paternidad:

Registro civil de nacimiento del menor.

El certificado de licencia de maternidad cuando el padre se encuentre afiliado a una EPS o entidad adaptada distinta a la de afiliación de la madre, y proceda el reconocimiento y pago proporcional.

Documentos comunes a las solicitudes de reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones económicas:

Solicitud de pago suscrita por el aportante a través del medio que establezca la entidad promotora de salud o la entidad adaptada.

Certificación bancaria con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, emitida por la entidad financiera, con la identificación de la cuenta, que incluya el nombre completo e identificación del titular, así como el tipo, número y estado de la cuenta. En caso de no contar con cuenta bancaria, la solicitud debe indicar el medio de pago, de acuerdo con las opciones que establezca la EPS o entidad adaptada.

ARTÍCULO 2.2.3.4.2 Validación de las condiciones para el reconocimiento y pago de la prestación económica. La entidad promotora de salud o la entidad adaptada constatará el cumplimiento de las condiciones para el reconocimiento de la prestación económica y de los documentos que soportan la solicitud y realizará las validaciones a que haya lugar, a fin de garantizar la correcta liquidación de la prestación y su respectivo pago.

ARTÍCULO 2.2.3.4.3 Pago de prestaciones económicas. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuará por la entidad promotora de salud o entidad adaptada dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación por el aportante, o del interesado en los eventos de licencia de maternidad por extensión.

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la entidad promotora de salud o la entidad adaptada efectuarán el pago de las prestaciones que haya autorizado, directamente al aportante, o al interesado, según corresponda, mediante transferencia electrónica. La EPS o entidad adaptada que no cumpla con el plazo definido para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, deberá realizar el reconocimiento y pago de intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

La entidad promotora de salud o la entidad adaptada enviará comunicación por el medio autorizado por el usuario, informando el monto reconocido y pagado de la respectiva prestación, y podrá verificar por cualquier medio que el beneficiario de la prestación económica la haya recibido.

De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o entidad adaptada, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que, de acuerdo con sus competencias, esta entidad adelante las acciones a que hubiere lugar.

PARÁGRAFO. Los aportantes no podrán deducir de las cotizaciones en salud los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad o paternidad.

ARTÍCULO 2.2.3.4.4 Pago a cargo de la ADRES. Una vez la entidad promotora de salud o entidad adaptada haya realizado el pago de la licencia de maternidad o paternidad al aportante, tendrá un año para cobrarla ante la ADRES, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002, modificado por los artículos 111 del Decreto Ley 019 de 2012 y 93 del Decreto Ley 2106 de 2019. El cobro deberá efectuarse el último día hábil de la tercera semana de cada mes, por el valor total de la prestación.

La ADRES realizará las validaciones a que haya lugar y comunicará su resultado a la entidad promotora de salud o entidad adaptada dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de presentación. Si hay lugar a glosas y estas sean subsanables, la EPS o entidad adaptada podrá presentarlas dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de comunicación de estas. Si la entidad promotora de salud o entidad adaptada no ha tramitado el levantamiento de la glosa en este período la glosa será definitiva.

ARTÍCULO 2.2.3.4.5 Variación de aportes para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas. Las variaciones en el Ingreso Base de Cotización del mes de inicio de la licencia o incapacidad que excedan el cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores, o su fracción de meses cuando este tiempo fuere menor, no serán tomadas en consideración, en la parte que exceda de dicho porcentaje, para efectos de la liquidación de prestaciones económicas. En estos casos, la EPS o entidad adaptada dará traslado a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, para lo de su competencia.

Para la liquidación de incapacidades de origen común cuando se trate de un salario que no sea fijo, como en el caso de trabajo a destajo o por tarea, se tomará en cuenta el salario promedio devengado por el trabajador en el último año de servicio, o en todo el tiempo cotizado, sí este fuere menor a un año.

ARTÍCULO 2.2.3.4.6 Aportes o correcciones al IBC posteriores a la causac10n de la prestación económica. Las correcciones al IBC y los aportes efectuados con posteridad a la fecha de inicio de la licencia de maternidad o paternidad o de la incapacidad de origen común, darán lugar a la reliquidación de la prestación, únicamente en los casos de ajuste salarial, soportado ante la EPS o la entidad adaptada.

ARTÍCULO 2.2.3.4.7 Prestaciones fuera del país. Los trabajadores colombianos que se desplacen a un país con el que se tiene suscrito convenio de seguridad social, la prestación de los servicios de salud para el cotizante y su grupo familiar se efectuarán únicamente en Colombia. El pago de la licencia de maternidad y paternidad, si hubiere lugar a ello, se seguirá otorgando en las condiciones establecidas en la legislación colombiana.

CAPÍTULO 5

REVISIÓN PERIÓDICA DE LA INCAPACIDAD Y CONCEPTO DE REHABILITACIÓN

ARTÍCULO 2.2.3.5.1 Revisión periódica de la incapacidad. La revisión periódica de la incapacidad de origen común será adelantada por las entidades promotoras de salud o entidades adaptadas, quienes deberán realizar las siguientes acciones:

Detectar los casos en los que los tiempos de rehabilitación y recuperación del paciente se desvíen de los previstos para una condición de salud específica, identificando el grupo de pacientes que está en riesgo de presentar incapacidad prolongada.

Realizar a los pacientes mencionados un plan integral de tratamiento, monitoreo y evaluación del proceso de rehabilitación que permita valorar cada sesenta (60) días calendario el avance de la recuperación de su capacidad laboral, constatando el curso normal de la evolución del tratamiento regular y efectivo y el estado de la recuperación. La valoración podrá realizarse antes del plazo señalado si así lo considera el médico u odontólogo tratante, de acuerdo con la evolución del estado del paciente.

Consignar en la historia clínica, por parte del médico u odontólogo tratante, el resultado de las acciones de que tratan los numerales anteriores y comunicar al área de prestaciones económicas de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o AFP que tenga a cargo el reconocimiento y pago de la incapacidad, según sea el caso.

ARTÍCULO 2.2.3.5.2 Requisitos del concepto de rehabilitación. El concepto de rehabilitación que deben expedir las entidades promotoras de salud o las entidades adaptadas antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de la incapacidad de origen común, conforme a lo determinado en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

Información general del paciente

Diagnósticos finales y sus fechas

Etiología demostrada o probables diagnósticos

Descripción de las secuelas anatómicas y/o funcionales, con el respectivo pronostico (bueno, regular o malo)

Resumen de la historia clínica

Estado actual del paciente

Terapéutica posible

Posibilidad de recuperación

Pronóstico del paciente a corto plazo (menor de un año) y a mediano plazo (mayor de un año)

Tratamientos concluidos, estudios complementarios, procedimientos y rehabilitación realizada, indicando fechas de tratamiento y complicaciones presentadas

Nombre, tipo y número del documento de identidad y firma del médico u odontólogo que lo expide.

CAPÍTULO 6

INCAPACIDADES SUPERIORES A 540 DÍAS

ARTÍCULO 2.2.3.6.1 Reconocimiento y pago de incapacidades superiores a 540 días. 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:

Cuando exista concepto favorable de rehabilitación expedido por el médico tratante, en virtud del cual se requiera continuar en tratamiento médico.

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.

Cuando por enfermedades concomitantes se hayan presentado nuevas situaciones, que prolonguen el tiempo de recuperación del paciente.

De presentar el afiliado 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).

ARTÍCULO 2.2.3.6.2 Momento de la calificación definitiva. Cuando la entidad promotora de salud o entidad adaptada emita concepto desfavorable de rehabilitación, 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.

ARTÍCULO 2.2.3.6.3 Trámites y gratuidad. Los trámites de reconocimiento de las incapacidades de origen común son gratuitos y se realizaran directamente ante las entidades competentes, sin necesidad de tramitadores ni intermediarios.

Las entidades responsables del reconocimiento y pago de las incapacidades de origen común dispondrán de mecanismos que permitan a los usuarios el acceso y seguimiento en línea al estado de las solicitudes.

CAPÍTULO 7

SITUACIONES DE ABUSO DEL DERECHO

ARTÍCULO 2.2.3.7.1 Situaciones de abuso del derecho. Constitúyanse como abuso del derecho las siguientes conductas:

Cuando se establezca por parle de la entidad promotora de salud o entidad adaptada que el cotizante no ha seguido el tratamiento y terapias ordenadas por el médico tratante, no asista a las valoraciones, exámenes y controles, o no cumpla con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación, en al menos el 30% de las situaciones descritas.

Cuando el cotizante no asista a los exámenes y valoraciones para determinar el origen y la pérdida de capacidad laboral.

Cuando se detecte presunta alteración o posible fraude en alguna delas etapas del curso de la incapacidad, el caso se pondrá en conocimiento delas autoridades competentes, quedando obligado a ello quien detecte tal situación.

La comisión por parle del usuario de actos o conductas presuntamente contrarías a la ley relacionadas con su estado de salud.

Cuando se detecte fraude al otorgar la certificación de incapacidad.

Cuando se detecte que el cotizante busca el reconocimiento y pago de la incapacidad tanto en la entidad promotora de salud o la entidad adaptada como en la administradora de riesgos laborales por la misma causa, generando un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social Integral

Cuando se efectúen cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos falsos.

Cuando se detecte, durante el tiempo de incapacidad, que el cotizante se encuentra emprendiendo una actividad alterna que le impide su recuperación.

PARÁGRAFO 1. Las conductas descritas en los numerales 1, 2 y 6 deberán ser resueltas por la entidad promotora de salud o la entidad adaptada, las correspondientes a los numerales 3, 4, 5 y 7 serán puestas en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación, aportándolas pruebas con que cuenta, a fin de determinar la posible existencia de hechos punibles y su eventual traslado a la Jurisdicción Penal.

PARÁGRAFO 2. La conducta prevista en el numeral 8 deberá ser puesta en conocimiento de la entidad promotora de salud o la entidad adaptada por parte del empleador, a quien le corresponderá aportar las pruebas documentales que soporten tal evento.

ARTÍCULO 2.2.3.7.2 Procedimiento administrativo frente al abuso del derecho en incapacidades de origen común. Una vez la entidad promotora de salud o entidad adaptada detecte que el cotizante no ha seguido el tratamiento, no ha asistido a las terapias, valoraciones, exámenes y controles ordenados o, no ha cumplido con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación, en un porcentaje como mínimo del 30%, enviará comunicación al usuario indicándole la situación evidenciada e invitándolo a que, dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta, dé las explicaciones correspondientes. Igual procedimiento se adelantará respecto de las conductas descritas en los numerales 2 y 6 del artículo anterior, debiendo en este último caso remitir comunicación a la ARL del afiliado, señalando la situación detectada y las acciones adelantadas.

Tratándose de la conducta descrita en el numeral 8, una vez sea informada la entidad promotora de salud o entidad adaptada por parte del empleador, aportando las pruebas en que fundamente tal afirmación, enviará comunicación al usuario, indicándole la situación evidenciada e invitándolo a que, dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta, dé las explicaciones correspondientes.

Dentro de los tres días siguientes al recibo de los argumentos expuestos por el usuario, la entidad promotora de salud o entidad adaptada suscribirá acuerdo en el que el cotizante incapacitado se comprometa a atender las órdenes prescritas por el profesional de la salud, so pena de que le sea suspendido el reconocimiento económico.

En caso de no recibir respuesta por parte del cotizante, o de ser reincidente en las conductas descritas en los numerales 1, 2, 6 y 8, se procederá a suspender el pago de la prestación económica, mientras se suscribe el acuerdo en los términos antes expuestos y se evidencie el cumplimiento de las ordenes prescritas por el profesional de la salud. Esta suspensión será informada al aportante.

PARÁGRAFO 1. En ningún caso se podrá suspender la prestación asistencial al afiliado que incurra en abuso del derecho.

PARÁGRAFO 2. Cuando se determine que el reconocimiento de la prestación económica por incapacidad de origen común proviene de alguna de las conductas definidas en los numerales 3, 4, 5 y 7 del presente artículo y como consecuencia de ello la autoridad competente determine que existió un reconocimiento económico indebido, la entidad promotora de salud o la entidad adaptada deberá, en defensa de los recursos del Sistema General de Seguridad Social de Salud, efectuar el proceso de cobro respectivo ante el cotizante, a fin de obtener el reintegro de los recursos públicos.

ARTÍCULO 2.2.3. 7.3 Causales de suspensión o no reconocimiento de pago de la incapacidad de origen común.

Cuando la entidad promotora de salud, la entidad adaptada o la autoridad competente, según el caso, determine que se configura alguna de las causales de abuso del derecho establecidas en el artículo 2.2.3. 7. 1 del presente decreto.

Cuando el cotizante no cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 2.2.3.3. 1 del presente decreto.

Cuando el cotizante incurra en mora conforme con lo establecido en los artículos 2.1.9.1 y 2. 1.9.3 del presente decreto.

Cuando la incapacidad de origen común tenga origen en tratamientos con fines estéticos y sus complicaciones, o se derive de tratamientos que acrediten los criterios de exclusión definidos el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015".

ARTÍCULO 2. Transitoriedad. A partir del 5 de agosto de 2022 las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas deberán cumplir con los términos y condiciones previstos en el artículo 2.2.3.3.3 de este decreto, en relación con la validación de los certificados de incapacidad de origen común expedidos por el médico u odontólogo no adscrito a su red prestadora de servicios de salud.

Una vez entren en operación los módulos de incapacidades, licencias de maternidad y paternidad del Sistema de Información de Prestaciones Económicas, las prestaciones económicas serán notificadas a la entidad promotora de salud o entidad adaptada a través de dicho sistema, momento a partir del cual iniciará el trámite de pago.

ARTÍCULO 3. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, suprime la frase: "y los pensionados cotizantes" contenido en el artículo 2.1.3.6. del Decreto 780 de 2016 y deroga los artículos 2.1.13.1, 2.1.13.2, 2.1.13.3 y 2.1.13.4. del Decreto 780 de 2016.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a los 29 días del mes de julio de 2022

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

(FDO.) IVÁN DUQUE MÁRQUEZ

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ

Fecha y hora de creación: 2025-12-07 22:24:01