



Decreto 1703 de 2002

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.

i=5540;

DECRETO 1703 DE 2002

(Agosto 2)

"Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud".

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el artículo 189 numerales 11 y 20 de la Constitución Política, en los artículos 154, 157 parágrafo 1º, 203 parágrafo y 271 de la Ley 100 de 1993; 99 de la Ley 633 de 2000; y 42.17 de la Ley 715 de 2001,

[Ver el art. 1, Ley 828 de 2003](#), [Ver el Concepto del Consejo de Estado 1832 de 2007](#), respecto a que no se debe aplicar el IBC de contartistas en contratos de prestación de servicios.

DECRETA:

CAPITULO I

Objeto y campo de aplicación

Artículo 1º. *Objeto*. El presente decreto establece reglas para controlar y promover la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de manera que se garanticen los recursos que permitan desarrollar la universalidad de la afiliación.

Artículo 2º. *Campo de aplicación*. El presente decreto se aplica a las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, a los aportantes y en general a todas las personas naturales o jurídicas que participan del proceso de afiliación y pago de cotizaciones en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los Regímenes Excepcionados y Especiales, cuando haya lugar.

CAPITULO II

Controles a la afiliación

Artículo 3º. *Afiliación del Grupo Familiar*. A partir de la vigencia del presente decreto, la afiliación al sistema requiere la presentación de los documentos que acreditan las condiciones legales de todos los miembros del núcleo familiar, así:

1. Para acreditar la calidad de cónyuge, el registro del matrimonio.
2. Para acreditar la calidad de compañero permanente, declaración juramentada del cotizante y compañero o compañera en la que se manifieste que la convivencia es igual o superior a dos años. En este evento la sustitución por un nuevo compañero con derecho a ser inscrito, exigirá el cumplimiento del término antes indicado.
3. Para acreditar la calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, los registros civiles en donde conste el parentesco.
4. Para acreditar la calidad de estudiante, certificación del establecimiento educativo, en donde conste edad, escolaridad, período y dedicación académica.
5. La incapacidad permanente de los hijos mayores de 18 años según lo establecido en los términos del Decreto 2463 de 2001.
6. La dependencia económica con declaración juramentada rendida personalmente por el cotizante, en la que conste el hecho.

Para todos los efectos, la entrega de tales documentos es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales; lo anterior sin perjuicio de que las entidades promotoras de salud, EPS, o demás entidades obligadas a compensar, EOC, realicen las auditorías correspondientes, los cruces de información o que requieran al afiliado cotizante o empleador, según el caso, para que presente la documentación complementaria que acredite en debida forma tal condición, de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo para ser inscrito como beneficiario.

Artículo 4º. Obligación de los afiliados. Además de la obligación de suministrar los soportes que acreditan la calidad de beneficiario de su grupo familiar cuando les sea requerida, es responsabilidad del afiliado cotizante reportar las novedades que se presenten en su grupo familiar y que constituyan causal de extinción del derecho del beneficiario, tales como fallecimientos, discapacidad, pérdida de la calidad de estudiante, independencia económica, cumplimiento de la edad máxima legal establecida y demás que puedan afectar la calidad del afiliado beneficiario.

Cuando se compruebe por la entidad promotora de salud, la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, no comunicado oportunamente a dicha entidad por parte del afiliado cotizante, dicha entidad seguirá el procedimiento de desafiliación correspondiente, previa comunicación escrita al afiliado cotizante, con no menos de un (1) mes de antelación; el cotizante responderá pecuniariamente en todo caso, por el reporte extemporáneo de las novedades correspondientes de su grupo familiar, debiendo reembolsar los gastos en que incurrió el Sistema durante el periodo en que el beneficiario carecía del derecho. Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades en cabeza del afiliado cotizante, la entidad promotora de salud, EPS, el empleador o la entidad pagadora de pensiones, cuando a ello hubiere lugar.

Artículo 5º. Auditorías. Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán realizar pruebas de auditoría a través de muestreos estadísticamente representativos de su población de afiliados, con el objeto de verificar la perdurabilidad de las calidades acreditadas al momento de la afiliación y, establecer las medidas correctivas a que haya lugar.

Los muestreos estadísticos a que se refiere el inciso anterior serán diseñados por el Ministerio de Salud o en su defecto por las entidades promotoras de salud, EPS.

Igualmente, deberán realizar requerimientos a los afiliados cotizantes, para que presenten la documentación que les sea requerida para acreditar el derecho de los beneficiarios a permanecer inscritos dentro del Sistema.

Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un informe con los resultados obtenidos en las auditorías realizadas o de los cruces de información y las medidas de ajuste adoptadas. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones que deba adelantar la Superintendencia dentro del ámbito de su competencia.

Las entidades públicas o privadas suministrarán la información que se requiera por parte de las entidades promotoras de salud, EPS, con el fin de que puedan realizar los cruces de información, correspondiendo a estas últimas el cuidado de la información entregada.

Lo dispuesto en el presente artículo, no obsta para que el Ministerio de Salud pueda realizar acciones de verificación de los soportes de la afiliación de cotizantes y beneficiarios y determinar los instrumentos que deberán ser aplicados por las entidades promotoras de salud, EPS, con el fin de establecer la debida permanencia de los beneficiarios al Sistema de acuerdo con lo dispuesto en el presente decreto.

Artículo 6º. Verificación permanente de las condiciones actuales de afiliación. Las entidades promotoras de salud, EPS, procederán cada tres (3) meses contados desde la expedición del presente decreto, a realizar los procesos de auditoría y demás actividades de que trata el artículo anterior.

Cuando la entidad promotora de salud, EPS, haya recibido la información y no realice los ajustes correspondientes, responderá por la permanencia o no de tales beneficiarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en especial, por el cobro de UPC por tales afiliados en los términos del artículo 3º del Decreto-ley 1281 de 2002.

Se procederá a la suspensión de la afiliación respecto de los afiliados beneficiarios sobre quienes no se presente la documentación en los términos señalados en el presente decreto, hecho que deberá ser comunicado en forma previa y por escrito a la última dirección registrada por el afiliado cotizante con una antelación no menor a quince (15) días y se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente al de la respectiva comunicación. Durante el periodo de suspensión no habrá lugar a compensar por dichos afiliados. Transcurridos tres (3) meses de suspensión sin que se hayan presentado los documentos, se procederá a la desafiliación de los beneficiarios que no fueron debidamente acreditados con la consecuente pérdida de antigüedad. Cuando se compruebe que el cotizante incluyó beneficiarios que no integraban su grupo familiar, el afiliado cotizante también perderá su antigüedad en el Sistema.

Artículo 7º. Modificado art. 1 Decreto Nacional 2400 de 2002 Afiliación de miembros adicionales del grupo familiar. A partir de la vigencia del presente decreto, los cotizantes dependientes de que trata el artículo 40 del Decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante cancele directamente y en forma mensual anticipada a la Entidad Promotora de Salud, un aporte equivalente en términos de las Unidades de Pago por Capitación definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la siguiente tabla:

Grupos etáreos	Número de UPC a pagar
Menores de 1 año	1.00
De 1 a 4 años	1.00
De 5 a 14 años	1.00

De 15 a 44 años (Hombres)	3.00
De 15 a 44 años (Mujeres)	2.02
De 45 a 59 años	1.85
Mayores de 60 años	1.00

El afiliado cotizante respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor de la UPC mensual definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad. Este último equivaldrá al 10% de la sumatoria del valor de estas UPC.

La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valor de una UPC correspondiente al grupo etáreo del afiliado adicional y la UPC correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad y cuando se reciban sumas superiores a la UPC del afiliado cotizante, el valor restante se girará a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de compensación.

El presente artículo solo aplicará a partir del mes siguiente contado a partir de la expedición del presente decreto.

Parágrafo. Las personas actualmente inscritas como cotizantes-dependientes que no continúen afiliadas en las condiciones previstas en este artículo, quedan liberadas del cumplimiento de las garantías establecidas en el numeral 10 del artículo 2º del Decreto 047 de 2000, modificado por el artículo 9º del Decreto 783 de 2000. Para el efecto deberán reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.

Artículo 8º. *Información de la afiliación.* Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán informar a sus usuarios por escrito, en forma detallada, los derechos, y obligaciones que comporta la afiliación y el pago íntegro y oportuno de las cotizaciones, así como las prohibiciones y las sanciones que se aplicarán en caso de que se infrinjan las normas que regulan los derechos y obligaciones de los afiliados al Sistema. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

A su vez, es deber de los afiliados informar a la entidad promotora de salud en la que se inscriben, el nombre de las entidades promotoras de salud, EPS, a las que el cotizante y los beneficiarios han estado afiliados con anterioridad.

CAPITULO III

Suspensión y desafiliación

Artículo 9º. *Suspensión de la afiliación.* Además de las causales previstas en el artículo 57 del Decreto 1406 de 1999, la afiliación será suspendida cuando no se presenten los soportes exigidos para los beneficiarios de que tratan los artículos 3º, 5º, 6º y 7º en los términos establecidos en el presente decreto.

La prestación de los servicios de salud que requieran los beneficiarios suspendidos por esta causal, serán de cargo del afiliado cotizante del cual dependen.

Cuando se acredite la condición de beneficiario antes de que opere la desafiliación, se levantará la suspensión y la EPS tendrá derecho a recibir las correspondientes UPC por los períodos de suspensión.

Artículo 10. *Modificado art. 2 Decreto Nacional 2400 de 2002 Desafiliación.* La desafiliación al Sistema ocurre en la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentra inscrito el afiliado cotizante y su grupo familiar, en los siguientes casos:

- a) Transcurridos tres (3) meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones o del no pago de la UPC adicional, al Sistema General de Seguridad Social en Salud; Literal declarado NULO por el Consejo de Estado mediante fallo EXP: 1476-06 de 2011.
- b) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la entidad promotora de salud, EPS, a través del reporte de novedades, que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente;
- c) Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la entidad promotora de salud, EPS, tal situación, a través del reporte de novedades;
- d) Para los beneficiarios, cuando transcurran tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de la afiliación requeridos por la entidad promotora de salud, EPS, en los términos establecidos en el presente decreto;
- e) En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios, por no haberse procedido por cualquier medio a reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.

Parágrafo. Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán semestralmente informes consolidados a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los casos de desafiliación que se presenten en el Sistema.

Artículo 11. *Procedimiento para la desafiliación.* Para efectos de la desafiliación, la entidad promotora de salud, EPS, deberá enviar de manera previa a la última dirección del afiliado, con una antelación no menor a un (1) mes, una comunicación por correo certificado en la cual se precisen las razones que motivan la decisión, indicándole la fecha a partir de la cual se hará efectiva la medida. En caso de mora, copia de la comunicación deberá enviarse al empleador o la entidad pagadora de pensiones.

Antes de la fecha en que se haga efectiva la desafiliación, el aportante podrá acreditar o efectuar el pago de los aportes en mora o entregar la documentación que acredite la continuidad del derecho de permanencia de los beneficiarios. En este evento, se restablecerá la prestación de servicios de salud y habrá lugar a efectuar compensación por los períodos en que la afiliación estuvo suspendida.

Una vez desafiliado el cotizante y sus beneficiarios, el empleador o la administradora de pensiones para efectos de afiliar nuevamente a sus trabajadores y pensionados, deberán pagar las cotizaciones en mora a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encontraba afiliado. En este caso el afiliado y su grupo familiar perderán el derecho a la antigüedad. A partir del mes en que se efectúen los pagos se empezará a contabilizar el periodo mínimo de cotización y la entidad promotora de salud, EPS, tendrá derecho a efectuar las compensaciones que resulten procedentes.

En caso de controversias, la Superintendencia Nacional de Salud procederá en los términos previstos en el artículo 77 del Decreto 806 de 1998.

Artículo 12. Fallecimiento del cotizante. Cuando una entidad promotora de salud, EPS, haya compensado por un afiliado cotizante fallecido o su grupo familiar, deberá proceder a la devolución de las UPC así compensadas, en el período siguiente de compensación que corresponda a aquel en que se verificó la información sobre el fallecimiento.

Los beneficiarios de un cotizante fallecido, tendrán derecho a permanecer en el Sistema en los mismos términos y por el mismo período que se establece para los períodos de protección laboral de acuerdo con las normas legales vigentes; en todo caso, comunicarán a la entidad promotora de salud, EPS, por cualquier medio sobre la respectiva novedad, en el mes siguiente al fallecimiento; de no hacerlo, cuando así se verifique, se procederá a su desafiliación y perderán la antigüedad en el Sistema.

Cuando las novedades no hayan sido reportadas en debida forma por los beneficiarios del cotizante fallecido a la entidad promotora de salud, EPS, esta podrá repetir por los servicios prestados contra dichos beneficiarios; tales valores serán pagados debidamente indexados y con los intereses causados.

Artículo 13. Manejo centralizado de la documentación. Con el fin de garantizar adecuadamente el acceso, la movilidad y la desafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud podrá establecer el manejo centralizado de los documentos que acrediten la calidad e identificación de los cotizantes y beneficiarios o las entidades promotoras de salud, EPS, quienes podrán acordar entre ellas dicho manejo. Para tal efecto se establecerán o acordarán las reglas que regulen las siguientes materias:

1. Plazos dentro de los cuales deberá remitir la documentación la entidad promotora de salud, EPS, que adelante el proceso de afiliación.
2. Condiciones que deben cumplirse para la remisión de la documentación a la central de información.
3. Forma de conservación del documento.
4. Número que se asigna al titular sea cotizante o beneficiario, para efecto de construir un sistema de identificación único de usuarios de la seguridad social en salud que garantice la libre movilidad dentro del Sistema.
5. Aspectos operativos y administrativos que sean necesarios para garantizar que la afiliación al sistema tenga plenos efectos, así como la administración y operación que tendrá la central de documentación.

La entrega de documentos a la entidad promotora de salud, ante la cual se realice la afiliación, el traslado y las novedades, se entiende surtida frente al Sistema para los efectos legales, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden a las entidades promotoras de salud, EPS. La desafiliación no implicará la pérdida de la identificación asignada a cada afiliado o beneficiario.

Artículo 14. Régimen de excepción. Modificado por el art. 1, Decreto Nacional 057 de 2015 Para efecto de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, las personas que se encuentren excepcionadas por ley para pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrán utilizar simultáneamente los servicios del Régimen de Excepción y del Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán cubiertas por el Fosyga en proporción al Ingreso Base de cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Para tal efecto el empleador hará los trámites respectivos.

Si el cónyuge, compañero o compañera permanente del cotizante al régimen de excepción tiene relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización sobre tales ingresos directamente al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Los servicios asistenciales les serán prestados exclusivamente, a través del régimen de excepción y las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán cubiertas por el Fosyga en proporción al Ingreso Base de Cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Para tal efecto, el empleador hará los trámites respectivos.

Si el régimen de excepción no contempla la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge del cotizante del

régimen de excepción deberá permanecer obligatoriamente en el régimen contributivo y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción.

Si el régimen de excepción no prevé la cobertura del grupo familiar, el cónyuge cotizante con sus beneficiarios permanecerán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. Cuando la persona afiliada a un régimen de excepción, sin tener derecho a ello, reciba servicios de salud de una Entidad Promotora de Salud o de una Institución Prestadora de Servicios que no haga parte de la red de servicios del régimen de excepción, existirá obligación de estas entidades de solicitar el reembolso al régimen de excepción al cual pertenece el usuario, debiendo sufragar este último régimen todos los gastos en que se haya incurrido. El plazo máximo para el reembolso será de treinta (30) días contados a partir de la fecha de presentación de la cuenta respectiva, so pena de que deban ser reconocidos los intereses moratorios a que alude el artículo cuarto del Decreto-ley 1281 de 2002.

[Ver el art. 3, Resolución del Min. Protección 3577 de 2005](#)

CAPITULO IV

Condiciones para la afiliación colectiva

Artículo 15. *Derogado por el art. 15, Decreto Nacional 3615 de 2005. Modificado art. 3 Decreto Nacional 2400 de 2002 Afiliación colectiva.* Las entidades que obtengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para la afiliación colectiva o agrupadoras se someterán a las siguientes reglas:

1. Una entidad autorizada solamente podrá realizar la afiliación para un grupo de trabajadores independientes de una misma rama de actividad económica.
2. No podrán efectuar el recaudo de cotizaciones en ningún caso.
3. Las entidades promotoras de salud, EPS a las que en forma colectiva se encuentren afiliados los trabajadores, distribuirán los comprobantes para el pago de aportes directamente a los afiliados.
4. La afiliación de miembros asociados a las cooperativas o mutuales de trabajadores autorizadas, requiere la demostración efectiva de:
 - a) La condición de asociados;
 - b) Que el asociado efectivamente trabaja para la cooperativa;
 - c) Que la cotización se efectúe con cargo a recursos que ingresan por prestación de servicios a terceros;
 - d) Que la remuneración que reciba el afiliado derive de servicios prestados a terceros por parte de la cooperativa o mutual.

La demostración de estos requisitos corresponde a la cooperativa o mutual y se entienden certificados por esta al momento de la afiliación, sin perjuicio de su verificación total o selectiva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o de las entidades promotoras de salud, EPS y de los requerimientos que establezca en cualquier tiempo el Ministerio de Salud.

En todo caso debe adjuntarse al formulario de solicitud, copia del convenio de trabajo asociado, el cual se deberá acreditar cada tres (3) meses.

Parágrafo 1º. Los trabajadores independientes actualmente afiliados en forma colectiva que no pertenezcan a la rama de actividad económica por la que la agrupadora realice la afiliación colectiva, permanecerán afiliados de forma individual y en todo caso cotizarán como trabajadores independientes.

Parágrafo 2º. Las entidades agrupadoras se abstendrán de efectuar afiliaciones al Sistema de personas que no coticen sobre su ingreso presunto, sin que en ningún caso sea inferior al mínimo determinado para los trabajadores independientes y por un período no inferior al mes calendario.

Artículo 16. *Requisitos para la afiliación y permanencia de los trabajadores de las entidades agrupadoras.* La afiliación y permanencia de los trabajadores que formen parte de la nómina de trabajadores dependientes de la entidad agrupadora, requiere, de la demostración de la afiliación y pago de aportes a los sistemas de riesgos profesionales y de pensiones.

Artículo 17. *Requisitos para autorización de afiliación colectiva.* *Derogado por el art. 15, Decreto Nacional 3615 de 2005.* Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 43 del Decreto 806 de 1998, las entidades deberán:

1. Incluir dentro de su objeto social la función de afiliación colectiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud, precisando el sector económico al cual pertenecerán los afiliados colectivos.
2. Acreditar un patrimonio mínimo para efectos de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes, los cuales se deberán mantener en todo tiempo.

Las entidades actualmente autorizadas para realizar afiliación colectiva, tendrán tres (3) meses a partir de la vigencia del presente decreto para acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento de los requisitos exigibles para su operación.

De no surtirse tal acreditación, su autorización será cancelada y sus asociados, conservarán su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como afiliados independientes.

Las entidades actualmente en operación no podrán recaudar cotizaciones en salud desde la vigencia del presente decreto y garantizarán la afiliación a la entidad promotora de salud, EPS, correspondiente, por el período en que efectivamente recaudaron la cotización, de tal manera que no exista solución de continuidad de los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; de no hacerlo responderán ante el afiliado y la entidad promotora de salud por las cotizaciones correspondientes, sin perjuicio de las demás acciones a que haya lugar.

Artículo 18. Modificado art. 4 Decreto Nacional 2400 de 2002 Requisitos para afiliación colectiva de los asociados a las cooperativas de trabajo asociado. Las Cooperativas de Trabajo Asociado, deberán para efectos de afiliar a sus asociados al Sistema General de Seguridad Social en Salud solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud autorización para ello.

El asociado cotizará de acuerdo con el sistema establecido para los trabajadores independientes de acuerdo con los criterios determinados en el presente decreto.

Artículo 19. Información inexacta o inconsistente sobre afiliación colectiva. Cuando las entidades promotoras de salud, EPS, establezcan que la información recibida de la agrupadora no se ajusta a las normas de afiliación colectiva o que la misma no se remitió dentro de los 30 días siguientes a su requerimiento, procederán a realizar la desafiliación de la población afiliada por su intermedio y podrán negarse a recibir nuevos afiliados de la agrupadora correspondiente, previa comunicación de la cancelación de su inscripción, enviada dentro de los cinco (5) días siguientes al domicilio de la entidad agrupadora. De este hecho, y de la renuencia a suministrar información, la entidad promotora de salud, EPS, deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los 15 días siguientes a su ocurrencia, para que se apliquen las sanciones a que haya lugar.

La Superintendencia Nacional de Salud dentro de sus actividades de inspección, vigilancia y control, verificará el cumplimiento por parte de las entidades autorizadas como agrupadoras, de los requisitos establecidos en este decreto.

Artículo 20. Información de la afiliación a los sistemas generales de pensiones y de riesgos profesionales. Como parte de los cruces de información, las entidades Promotoras de Salud, EPS, podrán exigir semestralmente a las entidades autorizadas para la afiliación colectiva, así como a las Cooperativas de trabajo asociado, empresas, sociedades y empresas unipersonales, la comprobación del cumplimiento de sus obligaciones frente a los sistemas de riesgos profesionales y de pensiones; de las inconsistencias que se presenten en los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, comunicarán a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

Artículo 21. Cancelación de la autorización para actuar como entidad agrupadora. *Derogado por el art. 15, Decreto Nacional 3615 de 2005.* La autorización para funcionar como entidad agrupadora será cancelada en forma inmediata por parte de la Superintendencia Nacional de Salud cuando deje de cumplir con uno o varios de los requisitos exigidos para obtener la autorización.

CAPITULO V

De las reglas para personas con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales e incentivos a la afiliación

Artículo 22. Modificado art. 5 Decreto Nacional 2400 de 2002 Período mínimo de afiliación. Modifíquese el inciso 4º del artículo 36 del Decreto 1406 de 1999 y adíquese al mismo artículo, un inciso final, así:

"El período mínimo de afiliación y cotización de un trabajador independiente o de una persona con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales es de un (1) mes; igual término se aplica para aquellos miembros adicionales del grupo familiar".

"La novedad de retiro por pérdida de capacidad de pago, se hará efectiva vencido el mes por el cual se pague la última cotización".

Artículo 23. Cotizaciones en contratación no laboral. Para efectos de lo establecido en el artículo 271 de la Ley 100 de 1993, en los contratos en donde esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a tres (3) meses, la parte contratante deberá verificar la afiliación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el evento en que el ingreso base de cotización no corresponda con el valor mensualizado del contrato, siempre que estén pactados pagos mensuales, el contratante deberá requerir al contratista para que justifique la diferencia. Si esta diferencia no tiene justificación válida, deberá descontar del pago de un (1) mes, lo que falte para completar el equivalente a la cotización del doce por ciento (12%) sobre el cuarenta por ciento (40%) del valor bruto del contrato, dividido por el tiempo de duración del mismo, en períodos mensuales, para lo cual se entiende que el 60% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada. En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Del texto en cursiva se declaró su NULIDAD por el Consejo de Estado mediante Fallo 15399 de 2006

Las sumas descontadas se entregará a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentre afiliado el contratista, junto con un documento en el que se ponga en conocimiento la situación para que la EPS revise la presunción de ingresos del contratista y este deba efectuar la autoliquidación de aportes sobre el nuevo ingreso.

En el evento en que los pagos no sean mensuales y no exista justificación válida de la diferencia, el contratante deberá informar tal

circunstancia a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentre afiliado el contratista, para que dicha entidad le revise la presunción de ingresos.

Para los efectos del presente artículo se entiende por "valor bruto", el valor facturado o cobrado antes de aplicarle los recargos o deducciones por impuestos o retenciones de origen legal.

En los contratos de vigencia indeterminada, el Ingreso Base de Cotización será el equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor bruto facturado en forma mensualizada.

Del texto subrayado se declaró su NULIDAD por el Consejo de Estado mediante [Fallo 13707 de 2004](#)

[Ver Circular Secretaría General 65 de 2002, Ver la Circular conjunta del Min. Hacienda y Min. Protección 01 de 2004](#)

Artículo 24. *Base de Cotización para trabajadores con jornada laboral inferior a la máxima legal.* Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 65 del Decreto 806 de 1998, para la afiliación de trabajadores dependientes cuya jornada de trabajo sea inferior a la máxima legal y el salario devengado sea inferior al mínimo legal mensual vigente, se deberá completar por el empleador y el trabajador en las proporciones correspondientes, el aporte en el monto faltante para que la cotización sea igual al 12% de un salario mínimo legal mensual. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido legalmente para las empleadas del servicio doméstico.

CAPITULO VI

Controles adicionales para empleadores

Artículo 25. *Afiliación de los trabajadores de la construcción.* Los curadores urbanos y demás autoridades competentes para estudiar, tramitar y expedir las licencias de construcción y urbanismo, velarán en el trámite correspondiente y en la ejecución de la obra, que el solicitante titular se encuentre cancelando sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social respecto de todos sus trabajadores en proyectos en ejecución bajo su responsabilidad.

Cuando este requisito no sea acreditado, informará a la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de que inicie las investigaciones y aplique las sanciones a que haya lugar.

Artículo 26. *Afiliación de los trabajadores de transporte público.* Para efectos de garantizar la afiliación de los conductores de transporte público al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las empresas o cooperativas a las cuales se encuentren afiliados los vehículos velarán porque tales trabajadores se encuentren afiliados a una entidad promotora de salud, EPS, en calidad de cotizantes; cuando detecten el incumplimiento de la afiliación aquí establecida, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

Artículo 27. *Empresas de vigilancia privada, cooperativas de vigilancia privada, empresas de transporte de valores y escuelas de capacitación.* Para efecto de la aplicación de los artículos 14, 27, 34 y 71 del Decreto-ley 356 de 1994, la renovación de la licencia de funcionamiento a las empresas de vigilancia privada, las cooperativas de vigilancia privada, las empresas de transporte de valores y las escuelas de capacitación y entrenamiento en vigilancia y seguridad privada, requerirá, la acreditación del cumplimiento de las obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto de los trabajadores a su servicio.

La Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada reportará a la Superintendencia Nacional de Salud, el incumplimiento que en ejercicio de sus funciones detecte en relación con tales obligaciones.

Las entidades del sector público que deban realizar pagos de cualquier naturaleza a las entidades mencionadas en este artículo, deberán verificar lo previsto en la presente disposición y el pleno cumplimiento de los contratistas a los sistemas de salud respecto de sus trabajadores.

Artículo 28. *Obligaciones de las empresas de servicios temporales.* Las empresas de servicios temporales con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 81 del Código Sustantivo del Trabajo, estarán obligadas a:

1. Entregar a la entidad beneficiaria o contratante de los servicios, cuando adelanten la contratación de trabajadores con personas jurídicas, dentro del mes siguiente a la terminación del contrato temporal, copia de los documentos que acrediten el cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Proceder, durante todo el tiempo que dure la contratación, frente a cada período mensual, a hacer la remisión correspondiente por parte de la empresa de servicios temporales a la empresa contratante, de la documentación que acredite el pleno cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta remisión deberá efectuarse dentro de los primeros diez días de cada mes.
3. Discriminar durante todo el proceso de facturación y cobro, los montos del pago que serán aplicados a cada uno de los sistemas, debiéndose entregar copia de la misma al trabajador por parte del empleador al momento del pago.

Cuando no se concrete la remisión de documentos, el empleador deberá informar dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento de los correspondientes plazos, a la Superintendencia Nacional de Salud, para que dentro del ámbito de su competencia, adopte las medidas correspondientes.

Artículo 29. *De las empresas de servicios temporales.* La Superintendencia Nacional de Salud, además de las sanciones que pueda imponer a las empresas de servicios temporales, procederá a informar al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sobre los siguientes hechos, con el fin de

que este determine las sanciones que de acuerdo con su competencia, hubiere lugar:

1. La mora igual o superior a cuarenta y cinco (45) días, en el pago de las obligaciones con los subsistemas de salud y pensiones, en concordancia con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 1530 de 1996.
2. La no acreditación periódica del pago íntegro de los aportes al sistema de seguridad social. No podrá en este caso autorizarse la inscripción y permanencia de la empresa de servicios temporales en el Sistema Nacional de Intermediación a que se refiere el artículo 96 de la Ley 50 de 1990.

Artículo 30. Obligación de la afiliación. Para el cumplimiento del deber impuesto en el numeral 1 del artículo 161 de la Ley 100 de 1993, los empleadores como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán afiliar al Sistema a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral. Tal afiliación deberá efectuarse al momento mismo del inicio de la relación laboral y deberá mantenerse y garantizarse durante todo el tiempo que dure dicha relación.

Al momento de diligenciar el formulario de afiliación a la entidad promotora de salud, el empleador deberá ilustrar al trabajador sobre la prohibición existente de la múltiple afiliación, y le informará sobre las consecuencias de orden económico que la inobservancia de esta prohibición podrá acarrearle.

Las entidades de aseguramiento, tanto del régimen contributivo y subsidiado, adelantarán campañas de divulgación y educación a sus afiliados, con miras a contribuir al pleno conocimiento y acatamiento, entre otras, de las disposiciones que regulan los derechos y obligaciones de los afiliados al Sistema, régimen de afiliación y movilidad, y prohibición de múltiples afiliaciones en los términos del Decreto 806 de 1998, del presente decreto y demás disposiciones que los modifiquen o adicionen.

Artículo 31. Consulta base de datos. Las entidades promotoras de salud, EPS, y las de regímenes de excepción, al momento de recibir toda nueva solicitud de afiliación o traslado, bien sea en calidad de beneficiario o cotizante, deberán consultar la base de datos de afiliados de la Superintendencia Nacional de Salud u otra dispuesta por el Ministerio de Salud, con el fin de constatar que el solicitante y los miembros de su grupo familiar no tengan registradas otra u otras afiliaciones al Sistema.

De encontrarse registradas otras afiliaciones, la entidad receptora de la solicitud de afiliación o traslado informará sobre esta solicitud a las demás entidades que lo reporten como afiliado, dentro de los cinco (5) días siguientes a su presentación, identificando plenamente al peticionario, para que dentro de un término no mayor de ocho (8) días hagan sus observaciones frente a la eventual múltiple afiliación o trasgresión a normas sobre movilidad dentro del Sistema. Si dentro de este término no hiciere ninguna observación se tendrá como válida la nueva afiliación o traslado y cesará de inmediato todo derecho para continuar realizando cobros o apropiaciones de UPC.

Parágrafo 1º. Si las entidades promotoras de salud, EPS, no llegaren a un acuerdo en relación con la solicitud de afiliación por contravenir las disposiciones que regulan la afiliación y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud dirimirá tales controversias, en un término máximo de treinta (30) días calendario.

Mientras la Superintendencia Nacional de Salud emite su pronunciamiento sobre la solicitud de afiliación en controversia, la entidad objetante garantizará la prestación de los servicios de salud a que tenga derecho el afiliado. Lo anterior sin perjuicio de la manifestación expresa que pueda hacer el afiliado sobre su permanencia en la entidad promotora de salud de su preferencia, siempre y cuando reúna las condiciones de permanencia en ella.

Parágrafo 2º. Las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, que no realicen las consultas de que trata el presente artículo o se abstuvieren de dar respuesta a las consultas efectuadas en los términos señalados, serán responsables ante el Fondo de Solidaridad y Garantía por las Unidades de Pago por Capitación, UPC, pagadas en exceso por estos afiliados, sin perjuicio de las sanciones que, en ejercicio de sus funciones y dentro del marco de sus competencias, imponga la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 3º. El procedimiento previsto en el presente artículo será igualmente aplicado por las entidades administradoras del régimen subsidiado al momento de recibir solicitudes de afiliación o de traslado, y serán igualmente responsables en los términos del parágrafo 2º de esta norma.

CAPITULO VII

Otras disposiciones

Artículo 32. Afiliación por mecanismos electrónicos de transmisión de información. Para efectos de facilitar la afiliación de trabajadores dependientes y sus beneficiarios, las entidades promotoras de salud, EPS, podrán bajo su responsabilidad, desarrollar mecanismos que permitan su afiliación vía electrónica, de transmisión de datos o Internet y siempre y cuando logre registrarse en forma segura ante la entidad promotora de salud receptora, la información de los trabajadores y sus beneficiarios que así se afilien de acuerdo con las exigencias legales. Lo anterior exigirá de las entidades promotoras de salud, EPS, realizar los mecanismos de seguridad y de auditoría que se requieran para tal fin y sin perjuicio de exigir la documentación física correspondiente.

Artículo 33. Formulario físico prediligenciado. Con el fin de facilitar el cumplimiento de sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los grandes aportantes le será aplicable lo dispuesto en el artículo 23 del Decreto 1406 de 1999.

Artículo 34. *Contratación de planes adicionales de salud por empleadores.* Los empleadores que ofrezcan a sus trabajadores como parte del paquete de beneficios laborales planes complementarios, de medicina prepagada o seguros de salud, deberán verificar que no se incluyan en las pólizas o los contratos correspondientes a personas no afiliadas previamente al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la forma y términos que rige para la contratación de los planes adicionales de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El incumplimiento de esta obligación acarrea para la entidad aseguradora la responsabilidad en la atención integral en salud del inscrito en la póliza según lo establecido en el Parágrafo del artículo 20 del Decreto 806 de 1998, e implica para el empleador la imposición por la Superintendencia Nacional de Salud de las sanciones establecidas para los evasores al Sistema en el Decreto 1259 de 1994 y demás disposiciones que lo aclaren o modifiquen.

Artículo 35. *Modificado art. 6 Decreto Nacional 2400 de 2002 Condiciones para promoción de la afiliación.* No se podrán estipular condiciones de remuneración directa o indirecta frente a las personas encargadas de la promoción o comercialización del proceso de afiliación, que impliquen una remuneración en función al número de beneficiarios que hagan parte del grupo familiar. Los pagos, deberán limitarse a la afiliación por cotizante, sin que se puedan concretar condiciones que impliquen una discriminación en el proceso de ninguna naturaleza. Para el pago de comisiones, debe haberse verificado el ingreso efectivo del afiliado a través del pago correspondiente de su cotización por un periodo no inferior a tres meses por los cuales ha debido ser efectivamente compensado. Es deber de la entidad promotora de salud, EPS, que realiza el proceso de afiliación, velar porque se concrete la afiliación de los beneficiarios de ley.

Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán elaborar un Manual para Asesores que deberá ser conocido y cumplido por todos los asesores comerciales de la entidad, en el cual se establezcan los requisitos normativos en relación con los procesos de afiliación.

Artículo 36. *Publicidad.* Ninguna entidad diferente de aquellas autorizadas para operar como Entidad Promotora de Salud, EPS, podrán realizar publicidad directa o indirecta a través de medios masivos de comunicación, en relación con la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Lo anterior sin perjuicio de las campañas institucionales que puedan adelantar las entidades que tengan programas autorizados como entidad promotora de salud, EPS, del régimen contributivo.

Artículo 37. *Pagos no válidos.* Los pagos que realice el empleador o trabajador a una entidad o persona diferente de una Entidad Promotora de Salud debidamente autorizada no tendrá efecto frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y no exonera al empleador o trabajador de su obligación frente al Sistema. Esto sin perjuicio de las responsabilidades legales de la entidad o persona que reciba recursos parafiscales sin la debida autorización.

Artículo 38. *Autoliquidación.* Adiciónase el Artículo 57 del Decreto 1406 de 1999, con el siguiente inciso: En los formularios de autoliquidación que incluyan cotizaciones en mora, no podrán deducirse valores por concepto de prestaciones económicas.

Artículo 39. *Inexistencia de aseguradoras.* En los municipios en que la población con capacidad de pago no cuente con oferta de aseguradoras en el régimen contributivo, la Superintendencia Nacional de Salud designará una entidad autorizada para la administración del régimen subsidiado con cobertura en el respectivo municipio, para que administre el régimen contributivo de dicha población en forma excepcional y transitoria mientras se mantiene dicha situación. Los empleadores deberán cotizar a la entidad designada para tal efecto. El Ministerio de Salud determinará las condiciones de operación para tales casos.

Lo anterior sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las acciones para vincular a las entidades promotoras de salud, EPS del régimen contributivo en aquellas regiones, en donde les ha sido autorizada cobertura y no exista la oferta respectiva.

Artículo 40. *Control a la afiliación en instituciones prestadoras de servicios de salud.* Las instituciones prestadoras de servicios de salud reportarán a la Superintendencia Nacional de Salud, en los formatos definidos por esta, aquellos eventos de personas que han demandado servicios que siendo trabajador dependiente, no se encuentren afiliados por su empleador al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los efectos del control a empleadores que corresponden a dicha entidad.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud no podrán exigir a quien tenga un sistema de aseguramiento en salud, requisitos o garantías de pago adicionales por la atención que deban ser cubiertas por las entidades respectivas, las cuales se entienden constituidas sin causa legal; los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.

Artículo 41. *Vigencia y derogatorias.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial los artículos 58 del Decreto 806 de 1998, **60** inciso 1º del Decreto 1406 de 1999; 2º numerales 5 y 7 del Decreto 047 de 2000.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 2 de agosto de 2002.

ANDRES PASTRANA ARANGO

El Viceministro de Hacienda y Crédito Público, encargado de las funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Federico Renjifo Vélez.

El Ministro de Salud,

Gabriel Ernesto Riveros Dueñas.

NOTA: Publicado en el Diario Oficial No. 44.893 de Agosto 7 de 2002.

Fecha y hora de creación: 2026-01-10 16:52:38