



Función Pública

Concepto 136161 de 2013 Departamento Administrativo de la Función Pública

20136000136161

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20136000136161

Fecha: 04/09/2013 04:45:22 p.m.

Bogotá D. C.,

Ref.: OTROS. Incapacidad medica medicina pre-pagada. ¿Puede aceptarse incapacidad médica emitida por una entidad de medicina prepagada o medico particular, por parte de la administración? Rad.: 20132060121212.

Respetada señora Blanca, en aras de dar respuesta a su interrogante le indico lo siguiente:

Sobre el concepto “ausentismo laboral”, explicamos que no existe una definición clara y precisa en cuanto al termino y su significado, motivo por el cual no nos pronunciaremos sobre el mismo.

El Decreto 806 DE 1998 “por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional” señala:

ARTÍCULO 25. Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Son afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado y los vinculados temporalmente según lo dispuesto en el presente decreto.(...)

ARTÍCULO 26. Afiliados al Régimen Contributivo. Las personas con capacidad de pago deberán afiliarse al Régimen Contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Serán afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Como cotizantes:(...)

b) Los servidores públicos;

(...)

La ley 100 de 1992 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” estableció:

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

De otra parte, el numeral 1 del artículo 3o. del Decreto 047 de 2000, "Por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones". Señala lo siguiente:

"1. Incapacidad por enfermedad general. Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes e independientes deberán haber cotizado, un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa, sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión."

También dispone el Decreto 1406 de 1999 "Por el cual se adoptan unas disposiciones reglamentarias de la Ley 100 de 1993, se reglamenta parcialmente el artículo 91 de la Ley 488 de diciembre 24 de 1998, se dictan disposiciones para la puesta en operación del Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, se establece el régimen de recaudación de aportes que financian dicho Sistema y se dictan otras disposiciones", en su artículo 40 Parágrafo 1º, lo siguiente:

"Serán de cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los tres (3) primeros días de incapacidad laboral originada por enfermedad general, tanto en el sector público como en el privado. En ningún caso dichas prestaciones serán asumidas por las entidades promotoras de salud o demás entidades autorizadas para administrar el régimen contributivo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las cuales se encuentren afiliados los incapacitados".

Sobre incapacidades la Corte Constitucional en Sentencia [C-065/05](#) Expediente D-5341, M.P. MARCO GERARDO MONROY CABRA expresó lo siguiente:

"Así como se puede llegar a ordenar el pago de salarios y mesadas pensionales, también se puede exigir el pago de [incapacidades laborales](#), puesto que éstas son el monto sustituto del salario para la persona que, por motivos de salud, no ha podido acudir al trabajo. Al respecto ha señalado la Corporación que:

"El pago de incapacidades laborales sustituye al salario durante el tiempo en que el trabajador permanece retirado de sus labores por enfermedad debidamente certificada, según las disposiciones legales. No solamente se constituye en una forma de remuneración del trabajo sino en garantía para la salud del trabajador, quien podrá recuperarse satisfactoriamente, como lo exige su dignidad humana, sin tener que preocuparse por reincorporarse de manera anticipada a sus actividades habituales con el objeto de ganar, por días laborados, su sustento y el de su familia".

De la lectura de la normatividad referida nos permite concluir que los primeros tres días de incapacidad están a cargo del empleador y, si esta se extiende, de ahí en adelante la prestación económica respectiva la debe cubrir la correspondiente Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentra afiliado [el servidor público](#).

De otra parte el Decreto 806 DE 1998 señala:

ARTÍCULO 17. Otros beneficios. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que, tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

(Negrilla y subraya fuera de texto)

ARTÍCULO 18. Definición de Planes Adicionales de Salud, PAS. Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

- El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.. (Negrilla y subraya fuera de texto)

ARTÍCULO 20. Usuarios de los PAS. Los contratos de planes adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

-
(...)

PARÁGRAFO. Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

De la norma anterior podemos indicar que para hacer parte de un plan de medicina prepagada es necesario estar afiliado a una Entidades Promotoras de Salud, y por ende el trabajador se encuentra enmarcado en el Régimen contributivo regulado por la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

Así las cosas podemos concluir que la incapacidad médica emitida por un profesional de la salud que labora en un establecimiento de medicina prepagada es válida frente a su empleador, siempre y cuando esta incapacidad sea transcrita por la EPS a la cual se encuentra afiliado el servidor público. De igual forma en los casos de transcripción de certificado expedido por profesional no adscrito a la red de la EPS será procedente la incapacidad, siempre que se transcriba ante la EPS, y cumpla con los requisitos establecidos para el efecto por parte de las respectivas entidades de previsión social.

El anterior concepto se imparte en los términos del Artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA HERNÁNDEZ LEÓN

Directora Jurídica

Ernesto Fagua/ JFCA/CPHL Rad. Rad.: 2013 206 012121 2

600.4.8

Fecha y hora de creación: 2025-11-23 12:56:28