



## POLITICA DE INCAPACIDADES EN GENERAL Y AUSENTISMOS.

### 1. ALCANCE

Esta política está dirigida a todo el personal que tiene contrato de trabajo directo con **DIVERTRONICA MEDELLIN SAS**.

### 2. OBJETIVO

Definir y establecer el procedimiento para el pago y reconocimiento de las prestaciones económicas (incapacidades en general)

El departamento de nómina da a conocer la política de incapacidades.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La incapacidad laboral es la situación en la que se encuentra un trabajador cuando no puede realizar las funciones normales de su puesto de trabajo. Por lo tanto, esta incapacidad se encuentra estrechamente relacionada con el tipo de trabajo que se realiza, más que con la gravedad de la enfermedad.

Estas políticas deben ser revisadas cuando sea requerido por la dinámica de la Organización.

- a) La empresa **DIVERTRONICA MEDELLIN SAS**, pagara las incapacidades de sus empleados de acuerdo a la normatividad vigente y de acuerdo al reconocimiento económico emitido por la EPS en algunos casos particulares como licencia de maternidad, paternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales entre otros según lo determine la normatividad, etc.
- b) Las incapacidades para ser reconocidas al trabajador, deberán ser entregadas y/o enviadas al departamento de nómina al día siguiente de comenzada su incapacidad ya que el empleado debe hacer entrega de manera inmediata al administrador, promotor encargado, coordinador de zona, coordinador de área a más tardar al día siguiente por correo electrónico inicialmente y física posteriormente si se requiere.
  - Personal de oficina y zona Antioquia: el mismo día deberá hacerla llegar o presentarla a su jefe inmediato y este a su vez al día siguiente de su primer día de incapacidad emitida por la EPS y/o la IPS, realizar entrega al departamento de nómina.

- Otras ciudades y Zonas deberán hacer envío a través de correo electrónico inicialmente al día siguiente de haber iniciado la incapacidad y ese mismo día enviada a través de correo físico, de acuerdo a las instrucciones dadas y el procedimiento a seguir que se les ha compartido.

La documentación a entregar y/o enviar por correo electrónico y /o física al departamento de nómina sería:

- **En caso de enfermedad general menores a 2 días:** Se deberá enviar de forma inmediata, escaneada correctamente (no se requiere enviar documentación física y más si esta ya fue enviada escaneada), sin necesidad de anexar papelería, revisar que la información del empleado este correcta como: Nombre, numero de cedula, si la atención del empleado la realiza una IPS, con lapicero colocar la EPS a la que pertenece.

- **En caso de enfermedad general mayores a tres (3) días y/o prorrogas de un (1) día:** Deberán enviar la incapacidad original copia de la epicrisis, fotocopia de la cedula del empleado.

**En caso de enfermedad general por accidente de tránsito:** Deberán enviar incapacidad original, copia de la epicrisis, fotocopia de la cedula del empleado y copia del croquis del accidente que le entrega el tránsito.

- **En caso de licencia de paternidad:** Deberán enviar Fotocopia de la cedula del padre, Registro civil de nacimiento y certificado de nacido vivo del DANE, Incapacidad de paternidad original.

- **En caso de licencia de maternidad:** Deberán enviar Fotocopia de la cedula, Incapacidad de licencia de maternidad original.

- **En caso de accidente de trabajo y/o enfermedad profesional:** Deberán enviar la Fotocopia de la cedula, incapacidad original, copia de la historia clínica y copia del reporte de accidente.

La documentación deberá llegar completa por correo electrónico y física si se requiere según cada caso, en los locales de Happy City deberá reportar la incapacidad para su cobro, hasta que esta no llegue como es debido no se hará pago alguno al empleado, tener presente que no debe pasar de un mes a otro la incapacidad física ya que como inicialmente se envía por correo electrónico esto no afectara el pago y liquidación de la seguridad social, excepto las incapacidad generadas a finales de mes como 29-30-31 que temporalmente llegaran escaneada para su ingreso, no existe otra excepción para no generar un proceso disciplinario por entrega extemporánea de los documentos.

- **En caso de hospitalización (no soporte de incapacidad):** Deberán enviar del empleado una certificación de la entidad donde este se encuentra hospitalizado, que nos informe con

papelería membrete, el nombre completo del empleado, número de cedula, fecha en que inicio la hospitalización y causa de la hospitalización. Con dichos soportes se pagara la incapacidad inicialmente hasta recibir la incapacidad que emite la EPS, para finalizar el proceso internamente.

- c) Sera responsabilidad del jefe inmediato realizar la reclamación al empleado, inmediatamente tenga conocimiento de dicha incapacidad y/o ausentismo y enviarla al departamento de nómina al día siguiente de haber comenzado la incapacidad del empleado.
- d) Si al día siguiente de estar incapacitado el empleado y/o generada la incapacidad el empleado no hace entrega de la documentación correcta y completa, se deberá solicitar un proceso disciplinario por desacatar una orden directa, esta solicitud la deberá realizar el jefe inmediato al segundo día de la no entrega de la incapacidad del empleado y/o de la generación de dicha incapacidad.
- e) Si el jefe inmediato no realiza el proceso enunciado en el punto d, el proceso disciplinario se le realizara al jefe inmediato y lo solicitara el departamento de nómina en el momento que reciba la incapacidad extemporánea y el departamento de Gestion Humana informara las acciones tomadas en contra del administrador a más tardar a las dos (2) días de dicha solicitud.
- f) Cualquier ausentismo del trabajador sea por calamidad, licencia por luto, licencias y/o ausentismos deberán ser soportados y enviados dichos soportes al departamento de nómina al día siguiente del suceso por correo electrónico, no se requiere documentación física. De no llegar el jefe inmediato deberá solicitar audiencia de descargos por abandono de puesto y de no realizar el proceso descrito se procederá a realizar el punto e.
- g) Todo empleado deberá soportar su ausencia por escrito, excepto los ausentismos como día de la familia, descanso por jornada electoral (por ser jurados de votación), descansos reconocidos para lo cual el jefe inmediato deberá informar a través del aplicativo de PODIO a Gestion Humana, quien a su vez le notificara al departamento de nómina en cuadros quincenales y mensuales mes a mes.
- h) Los soportes de ausentismos (licencias, calamidades, etc..) que el empleado presente en días finales del mes 29-30-31 estos deberán ser enviado el mismo día al departamento de nómina vía correo electrónico, para que quede registrado en la seguridad social en el mes del corte correctamente. Tener presente que ningún empleado se debe ausentar sin haber legalizado antes su ausentismos.

- i) Los ausentismos como: Licencias remuneradas, no remuneradas, calamidades domésticas (no imprevistas), en conclusión todo ausentismos solicitado y del cual se tiene conocimiento con anticipación que el empleado requiere deberá ser enviado antes de la salida de su ausencia y no después de su regreso de la ausencia. Caso contrario a un ausentismo como la licencia por luto, calamidad domestica (Por hospitalización intempestiva) que es un hecho imprevisto y repentino que toma de sorpresa al trabajador, el cual deberá reportar lo antes posible para su pago oportuno.
- j) La recuperación de cartera se radicara cada mes vencido, dentro del quinto (5) y decimo (10) día hábil del mes siguiente y cada mes se hará la depuración de los saldos pendientes, de igual forma cada mes se le informara al área de tesorería de las recuperaciones realizadas, mes vencido entre la semana del veinte (20) y veinticinco (25) de cada mes.
- k) Cada fin de año se presentara un informe con los saldos recuperados vs los saldos pendientes que quedaran en recuperación para el año siguiente y los motivos por los cuales estos no fueron recuperados en su momento, información que se entregara al área de tesorería entre el 20 y 25 de enero de cada año.
- l) Si a la fecha de recibido la incapacidad por el departamento de nómina esta es una entrega de incapacidad extemporánea por el jefe inmediato, deberá llegar anexa a ella copia de la suspensión emitida por Gestion Humana de acuerdo al procedimiento disciplinario realizado por desacatar una orden directa.
- m) Cuando las EPS no tengan oficinas principales de las mismas en la Ciudad de Medellín, Itagüí, Envigado (Antioquia) , el procedimiento lo deber hacer el administrador , supervisor , promotor encargado, en caso excepcionales el coordinador de Zona , por lo tanto inmediatamente recibida la incapacidad deberán ser enviada por vía correo escaneada a los correos del departamento de nómina y posteriormente tendrá un plazo de tres (3) días para realizar la radicación en las oficinas de la EPS, una vez iniciada la incapacidad ya que al día quinto (5) de la emisión de la incapacidad, toda la información deberá ser enviada al departamento de nómina vía correo electrónico y escaneada correctamente todos los documentos de radicación y toda la información necesaria para su seguimiento y control., Los documentos originales deberán quedar en las oficina del local en una AZ guardada y marcada mes a mes, para cualquier requerimiento de la empresa y/o legal de ser necesario. De no

haber cumplimiento con las fechas del proceso se realizara el punto (e).

- n) Solo se pagara la Incapacidad a nuestros empleados, si toda la documentación necesaria se encuentra completa y correcta, de lo contrario dicho pago se realizará solo cuando este proceso se haya generado según la política informada.
- o) Los siguiente ítem son la clasificación de ausentismos que maneja la empresa para soportar la ausencia de nuestros empleados, sin que este genera un proceso disciplinario por abandono de puesto, anexamos cuadro para mayor claridad:

<b>TIPO DE AUSENTIMOS</b>	<b>DIAS OTORGADOS</b>
Licencia por luto	5 días hábiles ( días hábiles son los días de labores no se cuenta el día de descanso)
Calamidad Domestica	Este tiempo lo determina la empresa internamente.
Permiso Remunerado/ licencia remunerada	La empresa determina si se otorga y con ello el tiempo
Permiso no remunerado/ licencia no remunerada.	La empresa determina si se otorga y con ello el tiempo
Descanso por jornada electoral.	Se otorga una jornada completa de descanso
Permiso por motivos legales	Se otorga un día para el trámite ante juzgados, fiscalía, comisarías y entes del estado con soporte físico.
Ausentismo no justificado	Cuando el empleado falta a sus labores ya programadas, este tiempo se descuenta de su jornada y no tiene derecho al descanso remunerado.
Suspensiones	Según lo informe la sanción y el envió queda a cargo de Gestion Humana.

- p) Cuando un empleado llegara a tener una incapacidad mayor a 181 días y menor a 540 días, el pago de la incapacidad está a cargo de la administradora de pensiones, la empresa no realizara ningún pago a los empleados promotores ni fijos por concepto de salario y/o auxilio de incapacidad.
- q) Las deducciones legales como salud, pensión y fondo de solidaridad que están a cargo del empleado dichos valores serán asumidos en su totalidad por el empleador, siempre y cuando la incapacidad se encuentre entre los 181 días y 540 días.



- r) Las siguientes con las causales para el no pago de incapacidades y licencias por parte de la EPS, las cuales serán aplicadas estas son:
1. Incapacidades en las cuales no se haya cotizado un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa.
  2. Días continuos de incapacidad mayores a 180 días y menores a 540.
  3. Incapacidades generadas después de un retiro laboral reportado a la EPS.
  4. Incapacidades generadas después de haberse hecho efectivo el traslado a otra EPS.
  5. Incapacidades generadas a usuarios afiliados en calidad de pensionados.
  6. Incapacidades generadas a usuarios afiliados en calidad de beneficiarios no cotizantes.
  7. Cotización inferior al Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.
  8. Cotizante en mora durante la incapacidad, licencia de maternidad o licencia de paternidad.
  9. Incapacidades no radicadas dentro del plazo legal (Ley 1438 de 2011)".
  10. Licencias de maternidad en las cuales la madre cotizante dependiente o independiente con un salario mayor el SMMLV que no cumpla con cotizaciones ininterrumpidas durante todo su periodo de gestación al SGSSS.
  11. Licencias de paternidad en las cuales el afiliado cotizante no cumpla con cotizaciones ininterrumpidas previas al inicio de la licencia durante un periodo equivalente a un periodo de gestación.
- s) Se maneja el programa de ausentismo de la empresa AGYL llamado SAUS, para la generación y creación de informes de ausentismos que se requiera tanto para el área de Recursos Humanos en general como para la Gerencia y Administración de la empresa, este aplicativo será administrado para ingreso de información solo por el departamento de nómina , los demás departamentos que comprende esta áreas, solo tendrán acceso a la generación de reportes en algunos casos de ser requerido por la Gerencia y Administración de la empresa.
- t) Los reportes de este proceso solo podrán ser generado mes vencido por la particularidad de nuestra liquidación de nómina que comprende una liquidación de nómina y novedades vencida, lo que nos lleva a un pago de nómina quincena vencida.





#### **4. MARCO LEGAL COLOMBIANO.**

##### **DECRETO 1848 DE 1968**

Artículo 10. Efectividad de las prestaciones.

1. La prestación económica mencionada en literal a) del Artículo 9 o., de este Decreto, se pagará así:

a. Si la correspondiente entidad nominadora designa un empleado para que reemplace interinamente al titular, durante el tiempo en que éste permanezca incapacitado para trabajar, en uso de licencia por enfermedad no profesional, dicha prestación económica se pagará por la entidad de previsión a que se halle afiliado el empleado incapacitado para trabajar, y

b. En el evento de que no se designe remplazo al empleado incapacitado para trabajar, se pagará la expresada prestación económica por la entidad empleadora, con imputación a la partida señalada en el respectivo presupuesto para cubrir sus salarios y en los períodos señalados para los pagos de dichos salarios.

2. La prestación asistencial expresada en el literal b) del Artículo 9 o., de este Decreto, se suministrará por la entidad de previsión social a la cual esté afiliado el empleado incapacitado. Si no estuviere afiliado a ninguna entidad de previsión, dicha prestación asistencial será suministrada directamente por el servicio médico de la entidad o empresa oficial empleadora.

A falta de dicho servicio médico, esta prestación se suministrará por intermedio de la institución que la entidad empleadora deberá contratar para tal efecto.

Parágrafo. Si la incapacidad para trabajar no excediere de tres (3) días, conforme al dictamen médico correspondiente, el empleado solicitará el permiso remunerado a que se refiere el Artículo 21 del Decreto 2400 de 1968.

##### **DECRETO 2400 DE 1968**

Artículo 21 Los empleados, cuando medie justa causa, pueden obtener permiso con goce de sueldo hasta por tres (3) días.

Debe precisarse entonces que el valor de las incapacidades surge en proporción al ingreso base de cotización sobre el cual se efectuaron los respectivos aportes al subsistema de salud.

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, la base de cotización para los servidores públicos, afiliados al sistema General de Seguridad social en Salud, es la misma contemplada en el Sistema General de



Pensiones de acuerdo con el artículo 18 en armonía con el parágrafo primero del artículo 204 de la misma Ley 100 de 1993.

### **DECRETO 1848 DE 1969**

ARTICULO 10. Efectividad de las prestaciones. 1. La prestación económica mencionada en literal a) del Artículo 9o., de este Decreto, se pagará así:

b. En el evento de que no se designe remplazo al empleado incapacitado para trabajar, se pagará la expresada prestación económica por la entidad empleadora, con imputación a la partida señalada en el respectivo presupuesto para cubrir sus salarios y en los períodos señalados para los pagos de dichos salarios.

2. La prestación asistencial expresada en el literal b) del Artículo 9o., de este Decreto, se suministrará por la entidad de previsión social a la cual esté afiliado el empleado incapacitado. Si no estuviere afiliado a ninguna entidad de previsión, dicha prestación asistencial será suministrada directamente por el servicio médico de la entidad o empresa oficial empleadora. A falta de dicho servicio médico, esta prestación se suministrará por intermedio de la institución que la entidad empleadora deberá contratar para tal efecto. PARÁGRAFO. Si la incapacidad para trabajar no excediere de tres (3) días, conforme al dictamen médico correspondiente, el empleado solicitará el permiso remunerado a que se refiere el Artículo 21., del Decreto 2400 de 1968.

### **DECRETO 770 DE 1975**

Artículo 9: En caso de enfermedad común el Instituto otorgará al asegurado directo las siguientes prestaciones y servicios:

c) cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero equivalente a las dos terceras (2/3) partes de su salario de base, subsidio que, lo mismo que las prestaciones señaladas en el ordinal a), se reconocerá por el término de 180 días continuos o discontinuos siempre que la interrupción no exceda de 30 días.

### **DECRETO 819 DE 1989**

Artículo 1. Cuando la incapacidad ocasionada por enfermedad profesional o accidente de trabajo exceda de ciento ochenta (180) días, el auxilio económico que venía percibiendo el incapacitado seguirá siendo reconocido en la misma cuantía por la entidad de previsión social, hasta cuando sea incluido en la nómina de

Teléfono: 371 12 10 – Fax: 371 54 29 – [info@happycity.com.co](mailto:info@happycity.com.co) – [www.happycity.com.co](http://www.happycity.com.co)  
Calle 51 #46-11- Itagüí, Colombia – Divertronica Medellín S.A.S – Nit. 890.930.448-5





pensionados o se le cancele la correspondiente indemnización, si a ella hubiere lugar.

En caso de enfermedad no profesional, el empleado tendrá el mismo derecho señalado en el inciso anterior, hasta cuando sea incluido en la nómina de pensionados o haya quedado en firme la calificación del grado de incapacidad, si ella no es suficiente para tener derecho a la pensión correspondiente.

## **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA -1991**

Artículo 1: Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 13: Todas las personas nacen libres e iguales ante la Ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

Artículo 25: El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

Artículo 48: La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Artículo 53: El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales:



Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad.. Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna. La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.

### **LEY 100 DE 1993**

Artículo 1: Sistema de seguridad social integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Artículo 6: Objetivos. El Sistema de Seguridad Social Integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos:

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

Artículo 7: Ámbito de acción. El Sistema de Seguridad Social Integral garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios, en los términos y bajo las modalidades previstas por esta Ley.

Artículo 157: Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su

Teléfono: 371 12 10 – Fax: 371 54 29 – [info@happycity.com.co](mailto:info@happycity.com.co) – [www.happycity.com.co](http://www.happycity.com.co)  
Calle 51 #46-11- Itagüí, Colombia – Divertrónica Medellín S.A.S – Nit. 890.930.448-5



condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley.

Artículo 161: Deberes de los Empleadores. Como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los empleadores, cualquiera que sea la entidad o institución en nombre de la cual vinculen a los trabajadores, deberán:

1. Inscribir en alguna entidad promotora de salud a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, sea ésta, verbal o escrita, temporal o permanente. La afiliación colectiva en ningún caso podrá coartar la libertad de elección del trabajador sobre la entidad promotora de salud a la cual prefiera afiliarse, de conformidad con el reglamento.

2. En consonancia con el artículo 22 de esta ley, contribuir al financiamiento del sistema general de seguridad social en salud, mediante acciones como las siguientes:

- a) Pagar cumplidamente los aportes que le corresponden,
- b) Descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio,
- c) Girar oportunamente los aportes y las cotizaciones a la entidad promotora de salud, de acuerdo a la reglamentación que expida el gobierno

3. Informar las novedades laborales de sus trabajadores a la entidad a la cual están afiliados, en materias tales como el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores. Así mismo, informar a los trabajadores sobre las garantías y las obligaciones que les asisten en el sistema general de seguridad social en salud.

4. Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social.

PARÁGRAFO. Los empleadores que no observen lo dispuesto en el presente artículo estarán sujetos a las mismas sanciones previstas en los



artículos 22 y 23 del Libro Primero de esta Ley. Además, los perjuicios por la negligencia en la información laboral, incluyendo la subdeclaración de ingresos, corren a cargo del patrono.

La atención de los accidentes de trabajo, riesgos y eventualidades por enfermedad general, maternidad y ATEP serán cubiertos en su totalidad por el patrono en caso de no haberse efectuado la inscripción del trabajador o no gire oportunamente las cotizaciones en la entidad de seguridad social correspondiente.

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.

Artículo 208: De la atención de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional. La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo deberá ser organizada por la Entidad Promotora de Salud. Estos servicios se financiarán con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que se define en el Libro Tercero de la presente Ley.

#### **DECRETO LEY 1295 DE 1994.**

Artículo 2: Objetivos del sistema general de riesgos profesionales. El Sistema General de Riesgos Profesionales tiene los siguientes objetivos:

b) Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

c) Reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez, que se deriven de las contingencias de accidente de trabajo o enfermedad profesional y muerte de origen profesional.

Artículo 4: Características del sistema. El Sistema General de Riesgos Profesionales tiene las siguientes características:

Teléfono: 371 12 10 – Fax: 371 54 29 – [info@happycity.com.co](mailto:info@happycity.com.co) – [www.happycity.com.co](http://www.happycity.com.co)  
Calle 51 #46-11- Itagüí, Colombia – Divertronica Medellín S.A.S – Nit. 890.930.448-5



- e) El empleador que no afilie a sus trabajadores al Sistema General de Riesgos Profesionales, además de las sanciones legales, será responsable de las prestaciones que se otorgan en este decreto.
- g) Los trabajadores afiliados tendrán derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones previstas en el presente Decreto.

Artículo 7: Prestaciones económicas. Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho al reconocimiento y pago de las siguientes prestaciones económicas:

- a) Subsidio por incapacidad temporal;
- b) Indemnización por incapacidad permanente parcial;
- c) Pensión de Invalidez;
- d) Pensión de sobrevivientes; y
- e) Auxilio funerario.

Artículo 34: Derecho a las prestaciones. Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas.

Artículo 38: Declaración de la incapacidad temporal. Hasta tanto el Gobierno Nacional reglamente, la declaración de la incapacidad temporal continuará siendo determinada por el médico tratante, el cual deberá estar adscrito a la Entidad Promotora de Salud a través de la cual se preste el servicio, cuando estas entidades se encuentren operando.

Artículo 55: Suspensión de las prestaciones económicas previstas en este decreto. Las entidades administradoras de Riesgos Profesionales suspenderá el pago de las prestaciones económicas establecidas en el presente decreto, cuando el afiliado o el pensionado no se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenados; o que rehúse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo.

Artículo 80: Funciones de las entidades administradoras de riesgos profesionales. Las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales tendrán a su cargo, entre otras, las siguientes funciones:

- e) Garantizar a sus afiliados el reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas, determinadas en este decreto.

Artículo 91: Sanciones. Le corresponde a los directores regionales y seccionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social imponer las

sanciones establecidas a continuación, frente a las cuales opera el recurso de apelación ante el Director Técnico de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

a) para el empleador El incumplimiento de la afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales, le acarreará a los empleadores y responsables de la cotización, además de las sanciones previstas por el Código Sustantivo de Trabajo, la legislación laboral vigente y la Ley 100 de 1993, o normas que la modifiquen, incorporen o reglamenten, la obligación de reconocer y pagar al trabajador las prestaciones consagradas en el presente Decreto.

Cuando la inscripción del trabajador no corresponda a su base de cotización real, o el empleador no haya informado sus cambios posteriores dando lugar a que se disminuyan las prestaciones económicas del trabajador, el empleador deberá pagar al trabajador la diferencia en el valor de la prestación que le hubiera correspondido, sin perjuicio de las sanciones a que hubiese lugar.

#### **DECRETO 1771 DE 1994**

Artículo 5: Reembolsos entre entidades administradoras de riesgos profesionales. Las prestaciones derivadas de la enfermedad profesional, serán pagadas en su totalidad por la entidad administradora de riesgos profesionales a la cual esté afiliado el trabajador al momento de requerir la prestación asistencial, o de adquirir el derecho a la prestación económica.

La entidad administradora de riesgos profesionales que atienda las prestaciones económicas derivadas de la enfermedad profesional, podrá repetir por ellas, contra las entidades que asumieron ese riesgo con anterioridad, a prorrata del tiempo durante el cual otorgaron dicha protección, y de ser posible, en la función de la causa de la enfermedad.

La entidad administradora de riesgos profesionales que asuma las prestaciones económicas, podrá solicitar los reembolsos a que haya lugar dentro del mes siguiente a la fecha en que cese la incapacidad temporal, se pague la indemnización por incapacidad permanente, o se reconozca definitivamente la pensión de invalidez o de sobrevivientes. El reembolso procede cuando se den las condiciones establecidas en el parágrafo 2o. del artículo 11 del Decreto 1295 de 1994, previa demostración que el efecto se causó durante el tiempo en que estuvo afiliado a dicha entidad administradora.

Artículo 10: Ingreso base de liquidación de prestaciones económicas. Se entiende por ingreso base para liquidar las prestaciones económicas previstas en el Sistema General de Riesgos Profesionales:

Teléfono: 371 12 10 – Fax: 371 54 29 – [info@happycity.com.co](mailto:info@happycity.com.co) – [www.happycity.com.co](http://www.happycity.com.co)  
Calle 51 #46-11- Itagüí, Colombia – Divertronica Medellín S.A.S – Nit. 890.930.448-5





- a) Para accidentes de trabajo. El promedio de los seis meses anteriores, o fracción de meses si el tiempo laborado en esa empresa fuese inferior, de la base de cotización obtenida en la empresa donde se diagnosticó la enfermedad, declarada e inscrita en la entidad administradora de riesgos profesionales a la que se encuentre afiliado.
- b) Para enfermedad profesional. El promedio del último año, o fracción del año si el tiempo laborado en esa empresa fuese inferior, de la base de cotización obtenida en la empresa donde se diagnosticó la enfermedad, declarada e inscrita en la entidad administradora de riesgos profesionales a la que se encuentre afiliado.

### **CIRCULAR EXTERNA N. 011 DE 1995 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

Incapacidad por enfermedad general. Es el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma que hacen las EPS a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo en que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual. En ningún caso se le pagará a un afiliado al sistema simultáneamente incapacidad por enfermedad general, incapacidad por enfermedad profesional y pensión de invalidez absoluta o por gran invalidez. El valor a pagar es dos terceras partes (2/3) del salario que devengue el trabajador durante los primeros noventa (90) días de incapacidad, y la mitad (1/2) durante los siguientes noventa (90) días. (Artículo 18 Decreto 3135 de 1968 - Artículo 9 Decreto 1848 de 1969 y Artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo). En el caso de salario variable, aplicable a trabajadores que no devenguen salario fijo, se tendrá como base el promedio de los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad, o todo el tiempo si éste fuere menor (Artículo 288 del Código Sustantivo del Trabajo).

El pago lo hará directamente el empleador al afiliado cotizante dependiente, con la misma periodicidad de su nómina, los valores así reconocidos se descontarán a más tardar en las dos siguientes liquidaciones del pago de cotizaciones a la EPS donde esté afiliado el cotizante. Cuando se presenten traslados de EPS, los descuentos deberán ser realizados a la nueva entidad en su primer pago quien repetirá en la parte correspondiente ante la anterior.

Para los trabajadores independientes, el valor de las incapacidades de cada mes deberá descontarse en el siguiente pago de cotización. Si resultare saldo a favor del empleador o trabajador independiente, la EPS pagará dicho valor dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación de la liquidación.



## **DECRETO 1530 DE 1996**

Artículo 8: Prestaciones a cargo de la entidad administradora de riesgos profesionales. Será responsable del pago de las prestaciones de que trata el Decreto 1295 de 1994, la entidad Administradora de Riesgos Profesionales a la cual se encuentre afiliado el trabajador al momento de ocurrir un Accidente de Trabajo o se diagnostique una enfermedad profesional. La entidad Administradora de Riesgos Profesionales que tenga a su cargo las prestaciones de que trata el inciso anterior, continuará con esta obligación aún en aquellos casos en que el empleador decida trasladarse de entidad administradora, se desafilie del Sistema por mora en el pago de las cotizaciones, o se desvincule laboralmente el trabajador.

En caso de que la enfermedad profesional o el accidente de trabajo o sus secuelas, se diagnostiquen con posterioridad a la desvinculación laboral del trabajador, las prestaciones deberán ser pagadas por la última ARP que cubrió el riesgo ocasionante del daño ocupacional. La ARP que cubrió el riesgo, podrá acudir al procedimiento señalado en el Artículo 5 del Decreto 1771 de 1994.

## **LEY 361 DE 1997**

Artículo 18. Toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social.

Para estos efectos el Gobierno Nacional a través de los Ministerios de Trabajo, Salud y Educación Nacional, establecerá los mecanismos necesarios para que los limitados cuenten con los programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que en general cuenten con los instrumentos que les permitan autorrealizarse, cambiar la calidad de sus vidas y a intervenir en su ambiente inmediato y en la sociedad.

Lo anterior sin perjuicio de las obligaciones en materia de rehabilitación establecidas en el Plan Obligatorio de Salud para las Empresas Promotoras de Salud y para las Administradoras de Riesgos Profesionales cuando se trate de limitaciones surgidas por enfermedad profesional o accidentes de trabajo.

Artículo 26. En ningún caso la limitación de una persona, podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral, a menos que dicha

Teléfono: 371 12 10 – Fax: 371 54 29 – [info@happycity.com.co](mailto:info@happycity.com.co) – [www.happycity.com.co](http://www.happycity.com.co)  
Calle 51 #46-11- Itagüí, Colombia – Divertronica Medellín S.A.S – Nit. 890.930.448-5



limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el cargo que se va a desempeñar. Así mismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización de la oficina de Trabajo.

No obstante, quienes fueren despedidos o su contrato terminado por razón de su limitación, sin el cumplimiento del requisito previsto en el inciso anterior, tendrán derecho a una indemnización equivalente a ciento ochenta días del salario, sin perjuicio de las demás prestaciones e indemnizaciones a que hubiere lugar de acuerdo con el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que lo modifiquen, adicionen, complementen o aclaren.

#### **DECRETO 806 DE 1998**

Artículo 2. Definición. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

Artículo 28. Beneficios de los afiliados al régimen contributivo. El Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:  
b) El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional;

Artículo 70. Cotización durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados. Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período durante el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, manteniéndose la misma proporción en la cotización que le corresponde al empleador y al trabajador. Las cotizaciones durante vacaciones y permisos remunerados se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último salario base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiere iniciado el disfrute de las respectivas vacaciones o permisos.



La Entidad Promotora descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador asalariado o independiente según sea el caso. En ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, salvo las excepciones legales. PARÁGRAFO. En el sector público podrá pagarse en forma anticipada las cotizaciones correspondientes al período total de la incapacidad, licencia de maternidad, vacaciones o permisos remunerados.

Artículo 74. Cobertura. El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos para la entidad administradora en el Sistema de Seguridad Social Integral desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación. No obstante, la cobertura durante los primeros treinta días será únicamente en los servicios de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud les serán brindados treinta días después siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva.

El trabajador independiente una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el plan obligatorio de salud.

Artículo 76. Beneficios durante el período de protección laboral. Durante el período de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso, la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período descrito, correrán por cuenta del usuario.

Artículo 80. Pago de incapacidades y licencias. Cuando el empleador se encuentre en mora y se genere una incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad éste deberá cancelar su monto por todo el período de la misma y no habrá lugar a reconocimiento de los valores por parte del Sistema General de Seguridad Social ni de las Entidades Promotoras de Salud ni de las Adaptadas.

Artículo 82. Afiliación irregular para pago de incapacidades o licencias. Las personas que se afilien al sistema argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados perderán el derecho a las prestaciones económicas que se le hubieren reconocido durante dicho período. Cuando la conducta se determine con



posterioridad al goce del derecho, será deber del usuario efectuar los reembolsos correspondientes.

### **RESOLUCIÓN 2266 DE 1998**

En materia de incapacidades, dentro de las normas que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, no existe ninguna norma que la regule manera integral, por lo cual cada EPS genera sus políticas internas sobre la materia. De acuerdo a lo anterior, por analogía se aplica las regulaciones del ya liquidado Instituto de Seguros Sociales a través de la Resolución 2266 de 1998, que reglamenta el proceso de expedición, reconocimiento y tramite de incapacidades y licencias en dicho Instituto.

Oficina jurídica nacional concepto No. 2 DE 2010 Memorando 014.  
Ministerio de la Protección

Social Concepto 105492 21 de abril de 2008

Artículo 10. De la expedición de certificado de incapacidad. El médico u odontólogo tratante y competente para expedir certificados de incapacidad determina el período de incapacidad y expide el respectivo certificado inicial hasta por un máximo de treinta (30) días, los cuales puede prorrogar, según su criterio clínico, hasta un total de ciento ochenta (180) días -por períodos de máximo treinta (30) días cada uno- y de conformidad con las normas que rigen para cada tipo de riesgo, contenidas en los respectivos capítulos de la presente resolución.

Artículo 12. De la expedición de certificados de incapacidad en eventos ocurridos con retroactividad a la fecha de atención. No se puede expedir certificado de incapacidad con vigencia retroactiva en el caso de pacientes de atención ambulatoria.

Parágrafo. Se exceptúan de esta prohibición aquellos casos en los cuales se determina que el episodio de ausentismo laboral tuvo origen en trastornos de la memoria, confusión mental, desorientación en tiempo y espacio y otras alteraciones de la esfera psíquica, como consecuencia de patología psiquiátrica, causas orgánicas o intoxicación con psicotrópicos y/o alcohol y accidentes de Trabajo que generen politraumatismo severo. En estos eventos el certificado lo puede expedir únicamente el médico especialista tratante y su retroactividad no debe ser superior a treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición. Así mismo se exceptúan aquellos casos de atención ambulatoria plenamente justificados, siempre y cuando la retroactividad no sea superior a tres (3) días



calendario, dejando el médico tratante expresa constancia del hecho en la historia clínica.

Artículo 13. De la prórroga de la incapacidad. Se entiende por prórroga de incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con ésta, así se trate de código diferente y siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta días (30) días calendario.

Artículo 14. De la expedición de certificados de incapacidad con fecha de inicio del descanso posterior a la de expedición. Se puede expedir certificado de incapacidad con fecha de inicio prospectiva únicamente cuando se trate de prórroga y el certificado de ésta se expida en una consulta de control realizada dentro de los ocho (8) días anteriores a la fecha en que finaliza el período de incapacidad que se va a prorrogar.

Artículo 17. De la transcripción de certificados. Se entiende por transcripción el acto mediante el cual un funcionario competente, traslada al formato único oficial la incapacidad o licencia ordenada por médico u odontólogo tratante en ejercicio legal de su profesión pero no adscrito al ISS. Este hecho debe registrarse en la historia clínica del paciente, anexando a ésta, los documentos que soportan el acto.

Artículo 24. De la sustitución del certificado de incapacidad. Se entiende por sustitución el reemplazo del certificado de incapacidad por otro, por corresponder el evento que originó la incapacidad a un riesgo diferente. La sustitución puede presentarse al cambiar el riesgo de enfermedad general a accidente de trabajo o enfermedad profesional, o viceversa.

Artículo 25. De la competencia y requisitos para la sustitución. Son competentes para efectuar la sustitución del certificado de incapacidad el profesional que expidió el certificado inicial, el médico laboral, el médico gestor de calidad de la ARP-ISS, los médicos que laboran, el Subgerente de Servicios de Salud o el Gerente del Centro de Atención Ambulatoria al cual acuda el afiliado. Para realizar la sustitución se debe verificar la existencia de:

- a) El certificado de incapacidad, objeto de sustitución;
- b) Informe patronal del accidente de trabajo, debidamente entregado en la IPS, o concepto escrito del médico laboral o la Comisión Laboral de al ARP o de la Junta de Invalidez que haya estudiado el caso cuando se trate de una enfermedad profesional.





Artículo 26. De la reposición o reproducción del certificado. En caso de pérdida, extravío, hurto, deterioro o mala elaboración del certificado se puede reponer o reproducir, por funcionario competente, previa solicitud escrita del interesado.

### **RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999**

Artículo 1. Definiciones.

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

d) Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

Artículo 4. Obligatoriedad del registro.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

Artículo 14. Acceso a la historia clínica.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

### **DECRETO 1406 DE 1999**

Artículo 40: Ingreso base de cotización durante las incapacidades o la licencia de maternidad. Durante los períodos de incapacidad por riesgo común o de licencia de maternidad, habrá lugar al pago de los aportes a los Sistemas de Salud y de Pensiones. Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período por el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se



tomará como Ingreso Base de Cotización el valor de la incapacidad o licencia de maternidad según sea el caso. En el evento de incapacidad derivada de riesgo común o de licencia de maternidad, los aportes al Sistema de Pensiones serán de cargo de los empleadores y empleados, en la proporción que establece la Ley. Cuando los empleadores opten por pagar el valor de las incapacidades que en este evento se causen, podrán repetir dicho valor contra la respectiva EPS, al igual que descontar de aquéllas el valor de los aportes al Sistema de Pensiones a cargo de sus empleados. Serán de cargo de la respectiva administradora de riesgos profesionales, ARP, el valor de los aportes para los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Pensiones que se causen durante los períodos de incapacidad originados por una enfermedad o accidente de carácter profesional, en la parte que de ordinario correspondería al aportante con trabajadores dependientes. En este evento, la ARP descontará del valor de la incapacidad el monto correspondiente a la cotización del trabajador dependiente. Serán de cargo de los trabajadores independientes, la totalidad de las cotizaciones para el Sistema de Pensiones que se causen durante el periodo de duración de una incapacidad o una licencia de maternidad. En el Sistema de Salud, serán de cargo de dichos trabajadores la parte de los aportes que de ordinario corresponderían a los trabajadores dependientes, y el excedente será de cargo de la respectiva EPS. En ningún caso el Ingreso Base de Cotización que se establece para los eventos que contempla el presente artículo podrá ser inferior a las bases mínimas de cotización que la Ley establece para los diferentes riesgos que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral.

PARÁGRAFO 2. Durante los períodos de incapacidad o de licencia de maternidad, los afiliados que se encuentren en tales circunstancias deberán presentar su autoliquidación de aportes al Sistema a través de su empleador, o directamente si se trata de trabajadores independientes, por todo el tiempo que duren dichas licencia o incapacidad.

Artículo 41: Efectividad de la afiliación. El ingreso de un aportante o de un afiliado, tendrá efectos para la entidad administradora que haga parte del Sistema desde el día siguiente a aquél en el cual se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta, debidamente diligenciado, el formulario de afiliación. Mientras no se entregue el formulario a la administradora, el empleador asumirá los riesgos correspondientes. En todo caso, en el Sistema General de Seguridad Social en salud la cobertura para los trabajadores dependientes será, durante los primeros treinta (30) días después de la afiliación,



únicamente en la atención inicial de urgencias. La cobertura para los trabajadores independientes se dará en los términos establecidos en el inciso 2o. del artículo 74 del Decreto 806 de 1998.

Artículo 42: Traslado entre entidades administradoras. El traslado entre entidades administradoras estará sujeto al cumplimiento de los requisitos sobre permanencia en los regímenes y entidades administradoras que establecen las normas que reglamentan el Sistema. En todo caso, el traslado de entidad administradora producirá efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud del traslado efectuada por el afiliado ante la nueva entidad administradora. La entidad administradora de la cual se retira el trabajador tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones hasta el día anterior a aquél en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

En el Sistema de Seguridad Social en Salud, el primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la nueva Entidad Promotora de Salud.

En el Sistema de Seguridad Social en Pensiones, el primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la antigua administradora de la cual éste se trasladó, con excepción de los trabajadores independientes, que deberán aportar a la nueva administradora de pensiones. Para los efectos del presente artículo, se entenderá por traslado efectivo el momento a partir del cual el afiliado queda cubierto por la nueva entidad en los términos definidos en el inciso anterior.

### **Decreto 1804 de 1999**

Artículo 21: Reconocimiento y pago de licencias. Los empleadores o trabajadores independientes, y personas con capacidad de pago, tendrán derecho a solicitar el reembolso o pago de la incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad, siempre que al momento de la solicitud y durante la incapacidad o licencia, se encuentren cumpliendo con las siguientes reglas:

1. Haber cancelado en forma completa sus cotizaciones como Empleador durante el año anterior a la fecha de solicitud frente a todos sus trabajadores. Igual regla se aplicará al trabajador independiente, en relación con los aportes que debe pagar al Sistema.

Los pagos a que alude el presente numeral, deberán haberse efectuado en forma oportuna por lo menos durante cuatro (4) meses de los seis (6) meses anteriores a la fecha de causación del derecho.

Cuando el empleador reporte la novedad de ingreso del trabajador, o el trabajador independiente ingrese por primera vez al Sistema, el período de qué trata el presente numeral se empezará a contar desde tales fechas, siempre y cuando dichos reportes de novedad o ingreso al Sistema se hayan efectuado en la oportunidad en que así lo establezcan las disposiciones legales y reglamentarias. Esta disposición comenzará a regir a partir del 1° de abril del año 2000.

2. No tener deuda pendiente con las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por concepto de reembolsos que deba efectuar a dichas entidades, y conforme a las disposiciones vigentes sobre restricción de acceso a los servicios asistenciales en caso de mora. Conforme a la disposición contenida en el numeral 1 del presente artículo, serán de cargo del Empleador el valor de las licencias por enfermedad general o maternidad a que tengan derecho sus trabajadores, en los eventos en que no proceda el reembolso de las mismas por parte de la EPS, o en el evento en que dicho empleador incurra en mora, durante el período que dure la licencia, en el pago de las cotizaciones correspondientes a cualquiera de sus trabajador es frente al sistema. En estos mismos eventos, el trabajador independiente no tendrá derecho al pago de licencias por enfermedad general o maternidad o perderá este derecho en caso de no mediar el pago oportuno de las cotizaciones que se causen durante el período en que esté disfrutando de dichas licencias.

3. Haber suministrado información veraz dentro de los documentos de afiliación y de autoliquidación de aportes al Sistema.

### **DECRETO 783 DE 2000**

Artículo 9: El numeral 1 del artículo 3° del Decreto 047 de 2000, quedará así: "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."

### **RESOLUCIÓN 1895 DE 2001**

Artículo 1°. Adoptar para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas

Teléfono: 371 12 10 – Fax: 371 54 29 – [info@happycity.com.co](mailto:info@happycity.com.co) – [www.happycity.com.co](http://www.happycity.com.co)

Calle 51 #46-11- Itagüí, Colombia – Divertronica Medellín S.A.S – Nit. 890.930.448-5



Relacionados con la Salud Décima revisión contenida en la publicación científica No.554 de la organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la organización Mundial, Washington, D.C., 1995, y presentada en tres volúmenes: V1. Lista de Categorías; V2 Manual de Instrucciones; V3 Índice Alfabético. ISBN 927531554 X. Esta publicación científica es integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas. Relacionados con la Salud - Décima revisión -, debe ser asumida por los Organismos de Dirección, Vigilancia y Control del Sistema

General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las que se les asimilen, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo; las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS-, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud para los servicios de salud cubiertos con recursos de oferta; los prestadores de servicios de salud, las Compañías de Seguros para accidentes de tránsito, pólizas de hospitalización y cirugía o cualesquiera otra protección en salud; el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud -FOSYGA- para accidentes de tránsito y eventos catastróficos y las administradoras de planes de beneficios de los regímenes especiales en materia de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica.

### **LEY 769 DE 2002**

Artículo 1°. Ámbito de aplicación y principios: Accidente de tránsito: Evento generalmente involuntario, generado al menos por un vehículo en movimiento, que causa daños a personas y bienes involucrados en él e igualmente afecta la normal circulación de los vehículos que se movilizan por la vía o vías comprendidas en el lugar o dentro de la zona de influencia del hecho.

### **LEY 776 DE 2002**

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





económicas a los que se refieren el Decreto-Ley 1295 de 1994 y la presente Ley.

PARÁGRAFO 2o. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación. Cuando se presente una enfermedad profesional, la administradora de riesgos profesionales que asume las prestaciones, podrá repetir proporcionalmente por el valor pagado con sujeción y, en la misma proporción al tiempo de exposición al riesgo que haya tenido el afiliado en las diferentes administradoras, entidades o a su empleador de haber tenido períodos sin cobertura.

Para enfermedad profesional en el caso de que el trabajador se encuentre desvinculado del Sistema de Riesgos Profesionales, y la enfermedad sea calificada como profesional, deberá asumir las prestaciones la última administradora de riesgos a la cual estuvo vinculado, siempre y cuando el origen de la enfermedad pueda imputarse al período en el que estuvo cubierto por ese Sistema. La Administradora de Riesgos Profesionales en la cual se hubiere presentado un accidente de trabajo, deberá responder íntegramente por las prestaciones derivadas de este evento, tanto en el momento inicial como frente a sus secuelas, independientemente de que el trabajador se encuentre o no afiliado a esa administradora.

Las acciones de recobro que adelanten las administradoras son independientes a su obligación de reconocimiento del pago de las prestaciones económicas dentro de los dos (2) meses siguientes contados desde la fecha en la cual se alleguen o acrediten los requisitos exigidos para su reconocimiento. Vencido este término, la administradora de riesgos profesionales deberá reconocer y pagar, en adición a la prestación económica, un interés moratorio igual al que rige para el impuesto de renta y complementarios en proporción a la duración de la mora. Lo anterior, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar.

Artículo 2: Incapacidad temporal. Se entiende por incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.





Artículo 3: Monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal. Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al cien (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente el que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. El pago se efectuará en los períodos en que el trabajador reciba regularmente su salario. Para la enfermedad profesional será el mismo subsidio calculado desde el día siguiente de iniciada la incapacidad correspondiente a una enfermedad diagnosticada como profesional. El período durante el cual se reconoce la prestación de que trata el presente artículo será hasta por ciento ochenta (180) días, que podrán ser prorrogados hasta por períodos que no superen otros ciento ochenta (180) días continuos adicionales, cuando esta prórroga se determine como necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación.

Cumplido el período previsto en el inciso anterior y no se hubiese logrado la curación o rehabilitación del afiliado, se debe iniciar el procedimiento para determinar el estado de incapacidad permanente parcial o de invalidez. Hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARP continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal.

PARÁGRAFO 1o. Para los efectos de este sistema, las prestaciones se otorgan por días calendario.

PARÁGRAFO 2o. Las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán asumir el pago de la cotización para los Sistemas Generales de Pensiones y de Seguridad Social en Salud, correspondiente a los empleadores, durante los períodos de incapacidad temporal y hasta por un ingreso base de la cotización, equivalente al valor de la incapacidad. La proporción será la misma establecida para estos sistemas en la Ley 100 de 1993.

PARÁGRAFO 3o. La Administradora de Riesgos Profesionales podrá pagar el monto de la incapacidad directamente o a través del empleador. Cuando el pago se realice en forma directa la Administradora deducirá del valor del subsidio por incapacidad temporal el porcentaje que debe cotizar el trabajador a los otros subsistemas de Seguridad Social, valor que deberá trasladar con el aporte correspondiente del empleador señalado en el parágrafo anterior, a la EPS o Administradora de Pensiones a la cual se encuentre afiliado el trabajador en los plazos previstos en la Ley.

Artículo 5: Incapacidad permanente parcial. Se considera como incapacitado permanente parcial, al afiliado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, presenta una disminución definitiva, igual o superior al cinco por ciento 5%, pero inferior al cincuenta por ciento 50% de su capacidad laboral, para lo cual ha sido contratado o capacitado.

La incapacidad permanente parcial se presenta cuando el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, sufre una disminución parcial, pero definitiva en alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual, en los porcentajes establecidos en el inciso anterior.

Artículo 6: Declaración de la incapacidad permanente parcial. La declaración, evaluación, revisión, grado y origen de la incapacidad permanente parcial serán determinados por una comisión médica interdisciplinaria, según la reglamentación que para estos efectos expida el Gobierno Nacional. La declaración de incapacidad permanente parcial se hará en función a la incapacidad que tenga el trabajador para procurarse por medio de un trabajo, con sus actuales fuerzas, capacidad y formación profesional, una remuneración equivalente al salario o renta que ganaba antes del accidente o de la enfermedad.

Artículo 17: Suspensión de las prestaciones económicas previstas en el sistema de esta Ley. Las entidades Administradoras de Riesgos Profesionales suspenderán el pago de las prestaciones económicas establecidas en el Decreto-Ley 1295 de 1994 y en la presente Ley, cuando el afiliado o el pensionado no se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenados; o que rehúse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo. El pago de estas prestaciones se reiniciará, si hay lugar a ello, cuando el pensionado o el afiliado se sometan a los exámenes, controles y prescripciones que le sean ordenados o a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo.

Artículo 18: Prescripción. Las prestaciones establecidas en el Decreto Ley 1295 de 1994 y en esta Ley prescriben:

- a) Las mesadas pensionales en el término de tres (3) años;
- b) Las demás prestaciones en el término de un (1) año.

La prescripción se cuenta desde el momento en que se le define el derecho al trabajador.



### **SENTENCIA C-065/2005 PAGO DE INCAPACIDADES LABORALES**

“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”.

Así las cosas, de estar demostrada la afectación del mínimo vital por el no pago de las incapacidades laborales, procederá la tutela para ordenar su cancelación.”

### **CONCEPTO DE INCAPACIDADES 8004-1-174926 FEBRERO 2006:**

Incapacidad laboral liquidación por los primeros tres (3) días. De la lectura de la normatividad referida nos permite concluir que:

1- 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. En el caso de éstos, esos tres primeros días de incapacidad (se consideran conforme al parágrafo del artículo 10 del Decreto 1848 de 1968) como un permiso remunerado.

2- La liquidación del subsidio económico que le corresponde recibir al servidor por incapacidad temporal derivada de enfermedad general o accidente de origen no Profesional, por los tres (3) primeros días se hará, como un permiso remunerado, tomando en cuenta los factores que se aplican ordinariamente en estos casos, es decir los que se liquidan con el salario devengado.

### **SENTENCIA C-543 DE 2007 DIFERENCIAS EN PAGOS DE INCAPACIDAD EN LOS DIFERENTES REGÍMENES:**

Teléfono: 371 12 10 – Fax: 371 54 29 – [info@happycity.com.co](mailto:info@happycity.com.co) – [www.happycity.com.co](http://www.happycity.com.co)  
Calle 51 #46-11- Itagüí, Colombia – Divertronica Medellín S.A.S – Nit. 890.930.448-5

“La Corte determinó que dado que los supuestos a los que alude el actor no pueden equipararse, en la medida en que pertenecen a sistemas de seguridad social diferentes, llamados cada uno a cubrir riesgos diferentes y bajo presupuestos de financiación igualmente disímiles, se encuentra que existe una justificación para el trato distinto que se da en la ley, en los porcentajes que se reconocen como auxilio monetario por enfermedad profesional o accidente de trabajo y el que se paga por la incapacidad laboral generada en enfermedad no profesional. Para la Corte se trata de prestaciones diferentes, que si bien hacen parte del sistema de seguridad social, no necesariamente deben tener un tratamiento idéntico, pues atienden a causas de naturaleza diferente para las que el legislador bien puede establecer parámetros distintos en función del cumplimiento de las finalidades señaladas en el artículo 48 de la Constitución. Ahora bien, hay que distinguir aquellas situaciones en las que el valor del auxilio monetario sea inferior al salario mínimo legal, que desconocería la garantía constitucional de todo trabajador a percibir el salario mínimo vital, consagrado en el artículo 53 superior, más aún en condiciones de afectación de su salud que no le permiten temporalmente trabajar. Por tal razón, la Corte consideró que el porcentaje del auxilio monetario por enfermedad no profesional no quebranta el principio de igualdad y el estatuto del trabajo, siempre y cuando su valor no sea inferior al salario mínimo legal. En consecuencia, la declaración de exequibilidad de las expresiones demandadas del artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo se condicionó a que se entienda que dicho auxilio monetario no podrá ser inferior al salario mínimo legal vigente.”

### **RESOLUCIÓN 2346 DE 2007**

Artículo 2. Definiciones y siglas. Para efecto de la presente resolución se consideran las siguientes definiciones y siglas:

Examen médico ocupacional: Acto médico mediante el cual se interroga y examina a un trabajador, con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo y determinar la existencia de consecuencias en la persona por dicha exposición. Incluye anamnesis, examen físico completo con énfasis en el órgano o sistema blanco, análisis de pruebas clínicas y paraclínicas, tales como: de laboratorio, imágenes diagnósticas, electrocardiograma, y su correlación entre ellos para emitir un el diagnóstico y las recomendaciones.

Reintegro laboral: Consiste en la actividad de reincorporación del trabajador al desempeño de una actividad laboral, con o sin modificaciones, en condiciones de competitividad, seguridad y confort, después de una incapacidad temporal o ausentismo, así como también, actividades de reubicación laboral temporal o definitiva o reconversión de mano de obra.

Artículo 3. Tipos de evaluaciones médicas ocupacionales. Las evaluaciones médicas ocupacionales que debe realizar el empleador público y privado en forma obligatoria son como mínimo, las siguientes:

1. Evaluación médica pre -ocupacional o de pre-ingreso.
2. Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas (programadas o por cambios de ocupación).
3. Evaluación médica post-ocupacional o de egreso.

El empleador deberá ordenar la realización de otro tipo de evaluaciones médicas ocupacionales, tales como post – incapacidad o por reintegro, para identificar condiciones de salud que puedan verse agravadas o que puedan interferir en la labor o afectar a terceros, en razón de situaciones particulares.

#### **Decreto 3085 de 2007**

Artículo 1°. Declaración Anual de Ingreso Base de Cotización. Todos los trabajadores independientes deberán presentar una declaración anual a más tardar en el mes de febrero de cada año, en la cual informen a las entidades administradoras del Sistema de la Protección Social a las que se encuentren afiliados, en la misma fecha prevista para el pago de sus aportes, el Ingreso Base de Cotización (IBC), que se tendrá en cuenta para liquidar sus aportes a partir del mes de febrero de cada año y hasta enero del año siguiente.

Cuando el trabajador independiente no presente su declaración de Ingresos Base de Cotización anual en la fecha prevista, se presumirá que el Ingreso Base de Cotización es igual a aquel definido para el período anual anterior y sobre el mismo se realizará la autoliquidación y pago del mes de enero de cada año.

La declaración de IBC anual podrá realizarse de manera manual en los formularios previstos para el efecto o de manera electrónica, mediante la utilización de la novedad "Variación permanente de salario" en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

En todo caso el Ingreso Base de Cotización no podría ser inferior a un salario mínimo legal mensual, ni al porcentaje previsto en el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007 y a su definición se continuará aplicando, cuando corresponda, el Sistema de Presunción de Ingresos.





Artículo 2°. Modificaciones en el Ingreso Base de Cotización. El trabajador independiente deberá modificar la declaración Anual de IBC siempre que se produzcan cambios en sus ingresos, para ello deberá modificar su declaración del Ingreso Base de Cotización, mensualmente, en los formularios diseñados para el efecto, o de manera electrónica utilizando una de las siguientes novedades: "Variación permanente de salario", cuando el trabajador independiente conozca con certeza el valor del ingreso mensual que percibirá durante un período de tiempo, o "Variación temporal de salario", cuando se desconozca el monto real del citado ingreso. La variación temporal antes mencionada, sólo será efectiva por un período máximo de tres (3) meses, período dentro del cual no se podrá realizar otra novedad de variación temporal.

### **Ley 1562 de 2012.**

Artículo 3. Accidente de trabajo. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

Artículo 40. Enfermedad laboral. Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los



casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales serán reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.

Artículo 5°. Ingreso base de liquidación. Se entiende por ingreso base para liquidar las prestaciones económicas lo siguiente:

a) Para accidentes de trabajo

El promedio del Ingreso Base de Cotización (IBC) de los seis (6) meses anteriores a la ocurrencia al accidente de trabajo, o fracción de meses, si el tiempo laborado en esa empresa fuese inferior a la base de cotización declarada e inscrita en la Entidad Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentre afiliado;

b) Para enfermedad laboral

El promedio del último año, o fracción de año, del Ingreso Base de Cotización (IBC) anterior a la fecha en que se calificó en primera oportunidad el origen de la enfermedad laboral.

En caso de que la calificación en primera oportunidad se realice cuando el trabajador se encuentre desvinculado de la empresa se tomará el promedio del último año, o fracción de año si el tiempo laborado fuese inferior, del Ingreso Base de Cotización (IBC) declarada e inscrita en la última Entidad Administradora de Riesgos Laborales a la que se encontraba afiliado previo a dicha calificación.

Parágrafo 1°. Las sumas de dinero que las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales deben pagar por concepto de prestaciones económicas deben indexarse, con base en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) al momento del pago certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.

Parágrafo 2°. Para el caso del pago del subsidio por incapacidad temporal, la prestación será reconocida con base en el último (IBC) pagado a la Entidad Administradora de Riesgos laborales anterior al inicio de la incapacidad médica las Administradoras de Riesgos laborales deberán asumir el pago de la cotización a pensiones y salud, correspondiente a los empleadores o de los trabajadores independientes, durante los periodos de incapacidad temporal y hasta por un Ingreso Base de Cotización equivalente al valor de la incapacidad. La proporción será la misma establecida para estos sistemas en la ley 100 de 1993.

Parágrafo 3°. El pago de la incapacidad temporal será asumido por las Entidades Promotoras de Salud, en caso de que la calificación de

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

Artículo 24. Flujo de recursos entre el Sistema de Riesgos Laborales y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para garantizar el adecuado y oportuno flujo de recursos entre los Sistemas de Riesgos Laborales y de Seguridad Social en Salud, se aplicarán las siguientes reglas, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 60 del Decreto-Ley 1295 de 1994

d) La fecha de presentación de la factura de la IPS a la EPS, cumpliendo con los requisitos exigidos.

No obstante lo anterior, será de tres (3) años la prescripción cuando se trate del pago de subsidios por incapacidad temporal, para lo cual el término se contará desde el momento en que esté en firme el dictamen según lo establecido en parágrafo 3° del artículo 5° de la presente ley.)

## **DECRETO LEY 019 DE 2012.**

Artículo 121. Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento. Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.

Artículo 142. Calificación del estado de invalidez. El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así: "Artículo 41. Calificación del Estado de Invalidez. El estado



de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias.

En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional.

Cuando la incapacidad declarada por una de las entidades antes mencionadas (ISS, Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones-, ARP, aseguradora o entidad promotora de salud) sea inferior en no menos del diez por ciento (10%) a los límites que califican el estado de invalidez, tendrá que acudir en forma obligatoria a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por cuenta de la respectiva entidad. Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con



cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador. Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.

### **DECRETO 1352 DE 2013**

Artículo 2. Personas interesadas. Para efectos del presente decreto, se entenderá como personas interesadas en el dictamen y de obligatoria notificación o comunicación como mínimo las siguientes:

1. La persona objeto de dictamen o sus beneficiarios en caso de muerte.
2. La Entidad Promotora de Salud.
3. La Administradora de Riegos Laborales.
4. La Administradora del Fondo de Pensiones o Administradora de Régimen de Prima Media.
5. El Empleador.
6. La Compañía de Seguro que asuma el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte.

Artículo 28. Presentación de la solicitud. La solicitud ante la junta podrá ser presentada por:

1. Administradoras del Sistema General de Pensiones.
2. Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte.
3. La Administradora de Riesgos Laborales.
4. La Entidad Promotora de Salud.
5. Las Compañías de Seguros en general.
6. El trabajador o su empleador.
7. El pensionado por invalidez o aspirante a beneficiario o la persona que demuestre que aquél está imposibilitado, en las condiciones establecidas en el presente artículo.





8. Por intermedio de los inspectores de Trabajo del Ministerio del Trabajo, cuando se requiera un dictamen de las juntas sobre un trabajador no afiliado al sistema de seguridad social por su empleador.

Artículo 29. Casos en los cuales se puede recurrir directamente ante las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez. El trabajador o su empleador, el pensionado por invalidez o aspirante a beneficiario podrán presentar la solicitud de calificación o recurrir directamente a la Junta de Calificación de Invalidez en los siguientes casos:

a) Si transcurridos treinta (30) días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral aún no ha sido calificado en primera oportunidad, en todos los casos, la calificación no podría pasar de los quinientos cuarenta (540) días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, caso en el cual tendrá derecho a recurrir directamente a la Junta. Lo anterior sin perjuicio que dicho proceso de rehabilitación pueda continuar después de la calificación, bajo pertinencia y criterio médico dado por las instituciones de seguridad social.

### **DECRETO 2493 DE 2013**

Artículo 1. Modificar el párrafo 1 del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el cual quedará así:

Parágrafo 1°. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de salud a partir del tercer (.3) día y de conformidad con la normatividad vigente. En el Sistema General de Riesgos Laborales las Administradoras de Riesgos Laborales reconocerán las incapacidades temporales desde el día siguiente de ocurrido el accidente de trabajo o la enfermedad diagnosticada como laboral. Lo anterior tanto en el sector público como el privado.

### **CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO**

Artículo 216: Culpa del empleador. Cuando exista culpa suficiente comprobada del empleador en la ocurrencia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional, está obligado a la indemnización total y ordinaria por perjuicios pero del monto de ella debe descontarse el valor de las prestaciones en dinero pagadas en razón de las normas consagradas en este Capítulo.



Artículo 219: Seguro por riesgos profesionales. El empleador puede asegurar, íntegramente a su cargo, en una compañía de seguros, los riesgos por accidentes de trabajo y enfermedad profesional de sus trabajadores; pero en todo caso, el empleador es quien debe al trabajador o a sus beneficiarios las prestaciones que en este Capítulo se establecen.

Artículo 227: Valor de auxilio. En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que el empleador le pague un auxilio monetario hasta por ciento ochenta (180) días, así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros noventa (90) días y la mitad del salario por el tiempo restante.

Artículo 228: Salario variable. En caso del que el trabajador no devengue salario fijo, para pagar el auxilio por enfermedad a que se refiere este Capítulo (auxilio monetario por enfermedad no profesional) se tiene como base el promedio de lo devengado en el año de servicio anterior a la fecha en cual empezó la incapacidad, o en todo el tiempo de servicios si no alcanzare a un (1) año.

Esta política es aplicable a partir del 04 de octubre de 2019.

---

**Margarita Rodríguez**  
**Coordinadora de Nomina**  
**Realizada**