Salud

Al contestar cite Radicado 2026342004078971
Fecha: 27-10-2026 19:57:10
Destinatario: JAIME ANDRÉS RAMOS VERGARA
Consulte su trámite en:
https://controldoc.minsalud.gov.co/ControlDocPQR/Consulta

Bogotá D.C.,

Señor
JAIME ANDRÉS RAMOS VERGARA

Datos personales omitidos en esta versión pública.

Ciudad

ASUNTO: Radicados 2026423004002642 y 20261600103116561 – Respuesta a derecho de petición remitido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Respetado doctor Ramos:

Este Ministerio recibió, por traslado de la Superintendencia Nacional de Salud, el derecho de petición de la referencia, mediante el cual formula diversos interrogantes relacionados con el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En atención a su solicitud, y dentro del ámbito de competencia de esta Dirección, se procede a dar respuesta a los numerales que a continuación se relacionan.

La presente comunicación atiende los numerales 101, 102, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114 y 116, relativos a la determinación de los servicios y tecnologías financiados con recursos del Sistema, al procedimiento de exclusiones, a la prescripción y suministro de tecnologías no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación y al reconocimiento de enfermería domiciliaria y cuidador; así como los numerales 123 a 138, relativos a las prestaciones económicas derivadas de incapacidades y licencias, al régimen de copagos y cuotas moderadoras y a los períodos mínimos de cotización. Los demás numerales de su petición son atendidos por las dependencias competentes de esta Entidad, conforme al reparto efectuado.

Antes de abordar cada interrogante, se precisa que este Ministerio no se pronuncia sobre casos particulares y concretos, ni tiene atribuida la facultad de conocer, dirimir o resolver conflictos entre los aportantes, los afiliados y las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con el principio de responsabilidad consagrado en el artículo 121 de la Constitución Política, según el cual ninguna autoridad del Estado podrá ejercer funciones distintas de las que le atribuyen la Constitución y la ley. En consecuencia, las respuestas se emiten en forma general y abstracta, con indicación de la normatividad que rige sobre la materia, y tienen los efectos determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Pregunta 101. ¿Cómo se determina hoy qué servicios y tecnologías están financiados con recursos del sistema y cuáles no?

Respuesta

Actualmente, la determinación de los servicios y tecnologías financiados con recursos públicos asignados a la salud se fundamenta en lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza el acceso a los servicios y tecnologías requeridos para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, bajo un modelo de cobertura basado en exclusiones expresas. En consecuencia, se entienden financiadas con recursos públicos las tecnologías que sean necesarias para la atención integral en salud, salvo aquellas que hayan sido expresamente excluidas mediante el procedimiento técnico-científico y participativo definido por la normativa vigente, esquema conocido como listado de exclusiones.

Bajo este marco, las tecnologías que no pueden ser financiadas con recursos públicos destinados a la salud corresponden exclusivamente a aquellas que han sido expresamente excluidas conforme a los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. Actualmente, el listado vigente se encuentra contenido en la Resolución 695 de 2026, mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó el listado de exclusiones, incorporando tres nuevas tecnologías y consolidando un total de 117 servicios y tecnologías explícitamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, en reemplazo del listado contenido en la Resolución 641 de 2024, que contemplaba 114 exclusiones.

Ahora bien, dentro de las tecnologías financiadas con recursos públicos existen distintos mecanismos de financiación. En primer lugar, las tecnologías financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) corresponden a aquellas definidas en la Resolución 2765 de 2025, que contiene el Plan de Beneficios en Salud financiado con cargo a la UPC y establece las condiciones de cobertura de servicios, procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías financiadas mediante este mecanismo.

De manera complementaria, existen tecnologías y servicios que, aun cuando no se encuentran financiados con recursos de la UPC, sí son financiados con recursos públicos a través del mecanismo de Presupuestos Máximos, regulado por la Resolución 067 de 2025. En este grupo se encuentran determinadas tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC cuya financiación corresponde a las EPS mediante el reconocimiento de recursos de Presupuestos Máximos, de conformidad con las disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Lo anterior se entiende sin perjuicio de la financiación que deba efectuarse en cumplimiento de órdenes judiciales, conforme a las reglas aplicables a cada caso.

Por otra parte, la determinación de si una tecnología se financia con recursos de la UPC no constituye una decisión permanente. De conformidad con la normatividad vigente, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza un proceso de actualización integral del Plan de Beneficios en Salud, el cual se desarrolla de manera periódica y permite evaluar la inclusión, ampliación, precisión o exclusión de tecnologías financiadas con recursos de la UPC. Este proceso incorpora la evaluación de evidencia científica, seguridad, efectividad, impacto presupuestal y demás criterios técnicos aplicables.

En ese proceso interviene la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, instancia cuya integración y funciones están establecidas en los artículos 11 y 12 del Decreto 2562 de 2012.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

En consecuencia, para determinar el mecanismo de financiación de una tecnología específica debe verificarse, en cada caso concreto:

- Si se encuentra financiada con recursos de la UPC conforme a la Resolución 2765 de 2025.
- Si corresponde a una tecnología financiada mediante el mecanismo de Presupuestos Máximos conforme a la Resolución 067 de 2025.
- Si se encuentra expresamente excluida de la financiación con recursos públicos asignados a la salud conforme a la Resolución 695 de 2026.
- Si existe una orden judicial u otra disposición especial que determine su financiación.

Pregunta 102. ¿Qué trámite debe seguir el prestador para la prescripción de servicios no financiados y cuál es su término?

Respuesta

Actualmente, cuando un profesional de la salud identifica la necesidad de prescribir una tecnología o servicio que no se encuentra financiado con recursos de la UPC y que tampoco corresponde a una tecnología expresamente excluida de financiación con recursos públicos destinados a la salud, deberá realizar la prescripción mediante la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin (MIPRES), conforme al procedimiento establecido en la Resolución 740 de 2024.

La prescripción se efectúa en ejercicio de la autonomía profesional garantizada por el artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, conforme al cual los profesionales de la salud adoptan sus decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento dentro de esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica.

Una vez efectuada la prescripción, los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán adelantar los procedimientos que les corresponden para garantizar el acceso oportuno a las tecnologías prescritas, de conformidad con la regulación aplicable y los mecanismos de financiación vigentes.

Respecto al término para realizar la prescripción, la normativa vigente no establece un plazo específico contado en días para que el profesional efectúe el registro en MIPRES; sin embargo, la prescripción debe realizarse en el momento en que, como resultado de la valoración clínica, se determine la necesidad de la tecnología o servicio para el usuario.

Se precisa que la Resolución 1816 de 2026, por la cual se establecen las reglas de prescripción, suministro, verificación y pago de tecnologías en la plataforma MIPRES, prevé en su artículo 59 un período de transición durante el cual coexisten el marco anterior y el nuevo, y condiciona en su artículo 60 la derogatoria de las Resoluciones 740 y 2622 de 2024 al vencimiento de dicho período. En consecuencia, mientras ese término no haya expirado, la Resolución 740 de 2024 conserva aplicación para los procedimientos de prescripción mediante MIPRES.

Corresponde a los profesionales de la salud, bajo su autonomía profesional y responsabilidad clínica, determinar la necesidad de la tecnología o servicio requerido por el paciente y efectuar la prescripción a través de los mecanismos definidos por la regulación vigente, observando los criterios establecidos en la Ley Estatutaria de Salud y en la normatividad que regula la herramienta MIPRES.

Pregunta 107. ¿Cuál es el procedimiento vigente para la adopción de exclusiones y qué participación tiene el ciudadano?

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Respuesta

De conformidad con el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, los recursos públicos asignados a la salud no pueden destinarse a financiar servicios o tecnologías que cumplan alguno de los criterios de exclusión definidos por el legislador. La determinación de estas exclusiones debe realizarse mediante un procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Actualmente, el procedimiento vigente se encuentra regulado por la Resolución 318 de 2023, mediante la cual se adopta la metodología para el desarrollo del procedimiento técnico-científico y participativo orientado a identificar, evaluar y decidir sobre la posible exclusión de tecnologías o servicios de salud de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

El propio artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 fija las condiciones que debe reunir ese procedimiento: ha de ser de carácter técnico-científico, público, colectivo, participativo y transparente, y debe tener en consideración a los expertos independientes, a las asociaciones profesionales y a los pacientes potencialmente afectados. La misma disposición precisa que las exclusiones no pueden fraccionar un servicio previamente cubierto ni contrariar los principios de integralidad e interculturalidad. La Resolución 318 de 2023 desarrolla la metodología mediante la cual se surten dichas etapas.

Como resultado de este procedimiento, el Ministerio de Salud y Protección Social adopta las decisiones correspondientes mediante acto administrativo. En la actualidad, el listado vigente de exclusiones se encuentra contenido en la Resolución 695 de 2026, mediante la cual se actualizaron los servicios y tecnologías explícitamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. De acuerdo con la información institucional disponible, dicho acto administrativo consolidó un total de 117 servicios y tecnologías excluidos, luego de incorporar tres nuevas exclusiones al listado previamente vigente.

En consecuencia, una tecnología o servicio únicamente adquiere la condición de excluido de la financiación con recursos públicos destinados a la salud cuando: (i) ha sido evaluado mediante el procedimiento técnico-científico y participativo establecido en la normatividad vigente, y (ii) ha sido incorporado expresamente en el acto administrativo expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social que contiene el listado de exclusiones vigente. Por tanto, ninguna tecnología puede considerarse excluida por interpretación, analogía o decisión individual de los actores del sistema, sino únicamente cuando exista una exclusión expresa adoptada conforme al procedimiento previsto en la ley.

Pregunta 108. ¿Qué ocurre cuando el servicio requerido no tiene alternativa disponible en el país?

Respuesta

La inexistencia de una alternativa terapéutica disponible en Colombia no implica automáticamente que el servicio o tecnología pueda ser financiado con recursos públicos asignados a la salud ni que proceda su prestación en el exterior.

De conformidad con el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, los recursos públicos destinados a la salud no pueden financiar servicios o tecnologías que cumplan alguno de los criterios de exclusión allí establecidos. Entre dichos criterios se encuentra expresamente, en el literal f) de la citada disposición, el de los servicios o tecnologías «que tengan que ser prestados en el exterior». En consecuencia, la prestación de servicios de salud fuera del territorio nacional constituye un criterio legal de exclusión de financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Por tanto, la ausencia de oferta o disponibilidad de una determinada tecnología en el país no constituye, por sí sola, un criterio suficiente para concluir que deba financiarse una atención en el exterior. Cada situación debe analizarse de manera individual, teniendo en cuenta la condición clínica del paciente, la evidencia científica disponible, las alternativas terapéuticas existentes y el marco normativo aplicable.

Ahora bien, una situación diferente se presenta con los medicamentos vitales no disponibles, categoría regulada por el Decreto 481 de 2004, que los define como aquellos medicamentos indispensables e irremplazables para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o de un grupo de pacientes y que, por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentran disponibles en el país o cuyas cantidades no resultan suficientes. Ese mismo decreto contempla los procedimientos especiales que permiten su importación y uso en Colombia, cuya competencia corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.

Cuando un profesional de la salud determine que un paciente requiere un medicamento vital no disponible, debe realizar la correspondiente prescripción conforme a su criterio clínico. La entidad responsable deberá adelantar los trámites previstos en el Decreto 481 de 2004 para su adquisición o importación. Sobre el particular, este Ministerio expidió la Circular Externa 027 de 2025, mediante la cual conminó a las Entidades Promotoras de Salud a emplear los mecanismos y procedimientos especiales de dicho decreto para evitar el desabastecimiento de estos medicamentos y gestionar su importación y compra, precisando que, tratándose de importaciones destinadas a varios pacientes, no se requiere prescripción ni historia clínica.

De esta manera, el ordenamiento jurídico colombiano prevé mecanismos regulatorios que permiten el acceso en el territorio nacional a determinados medicamentos que no se encuentran comercializados o disponibles en el país, sin que ello implique necesariamente acudir a la prestación de servicios de salud en el exterior.

Finalmente, es importante señalar que el parágrafo 3 del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 establece que los criterios de exclusión no deberán afectar el acceso a tratamientos de las personas que padecen enfermedades raras o huérfanas. Asimismo, cuando existan discrepancias sobre diagnósticos o alternativas terapéuticas, el artículo 16 de la misma ley dispone que estas deberán ser dirimidas por las juntas médicas de los prestadores o de sus redes, utilizando criterios de razonabilidad científica.

Pregunta 109. ¿Qué reglas aplican al suministro de medicamentos no incluidos y a los medicamentos vitales no disponibles?

Respuesta

De conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el acceso a las tecnologías en salud debe garantizarse bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad e integralidad. En este marco, la financiación y el suministro de medicamentos dependen de su condición regulatoria y del mecanismo de financiación que les resulte aplicable dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) son suministrados en el marco de las coberturas definidas para el Plan de Beneficios en Salud. Por su parte, los medicamentos que no se encuentran financiados con recursos de la UPC, pero que tampoco se encuentran expresamente excluidos de financiación con recursos públicos asignados a la salud, podrán ser prescritos por el profesional tratante en ejercicio de su autonomía profesional, utilizando los mecanismos establecidos en la regulación vigente. Actualmente, dicha

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

prescripción se realiza a través de la herramienta MIPRES, conforme a la Resolución 740 de 2024, sin perjuicio de las modificaciones que entren a regir una vez venza el período de transición previsto en la Resolución 1816 de 2026. Su financiación se realizará mediante los mecanismos definidos por la normativa vigente, incluyendo aquellos asociados a Presupuestos Máximos u otras fuentes de financiación que resulten aplicables según la naturaleza de la tecnología prescrita.

Ahora bien, los medicamentos vitales no disponibles corresponden a aquellos medicamentos indispensables e irremplazables para la preservación de la vida o el alivio del sufrimiento de un paciente, que no se encuentran disponibles en el país o cuya oferta resulta insuficiente para atender las necesidades de la población. Estos medicamentos se encuentran sometidos al régimen especial del Decreto 481 de 2004, cuya aplicación corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.

Cuando un profesional de la salud determine que un paciente requiere un medicamento catalogado como vital no disponible, la necesidad clínica debe quedar debidamente sustentada en la historia clínica y en la prescripción correspondiente. Posteriormente, la entidad responsable del suministro deberá adelantar los trámites de adquisición o importación previstos en el Decreto 481 de 2004, en los términos reiterados por la Circular Externa 027 de 2025 de este Ministerio.

En este sentido, los medicamentos vitales no disponibles no constituyen una categoría de exclusión del sistema ni corresponden a prestaciones en el exterior. Por el contrario, se trata de un mecanismo excepcional que permite facilitar el acceso en Colombia a medicamentos requeridos por los pacientes cuando estos no cuentan con disponibilidad en el mercado nacional, siempre bajo las condiciones y controles sanitarios previstos por la autoridad competente.

Pregunta 110. ¿Cuál es el término máximo para la entrega de medicamentos y qué ocurre ante la entrega fraccionada?

Respuesta

La entrega de medicamentos prescritos debe realizarse de manera oportuna, continua e integral, garantizando el acceso efectivo a las tecnologías en salud prescritas, de conformidad con los principios previstos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y las disposiciones que regulan la prestación de servicios de salud.

Los tiempos máximos de suministro se encuentran establecidos en el artículo 30 de la Resolución 740 de 2024, que distingue según el ámbito de atención: el numeral 30.1 fija cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de la prescripción para el servicio ambulatorio no priorizado; el numeral 30.2 fija veinticuatro (24) horas a partir de la fecha de la prescripción para el servicio ambulatorio priorizado; y el numeral 30.3 fija un plazo máximo de veinticuatro (24) horas para la atención hospitalaria, domiciliaria o de urgencias, término aplicable igualmente a las prestaciones de que trata el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011. Conforme a la misma disposición, estos plazos obligan a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, que deben garantizar el suministro efectivo de acuerdo con la red definida. El parágrafo 2 del mismo artículo precisa que el número de prescripción es válido para entregas hasta por un (1) año, según la prescripción realizada.

La herramienta MIPRES permite registrar operativamente las entregas que se efectúan de manera fraccionada. Se precisa, sin embargo, que esa funcionalidad opera para efectos de registro y seguimiento del suministro y no altera la obligación de garantizar que el usuario reciba la totalidad del tratamiento ordenado por el profesional tratante, cuyo régimen es el que se expone a continuación.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Adicionalmente, cuando una Entidad Promotora de Salud no pueda realizar la entrega completa de los medicamentos al momento en que son reclamados por el afiliado, resulta aplicable el mecanismo excepcional previsto en el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y reglamentado mediante la Resolución 1604 de 2013. Al respecto, el artículo 1 de dicha resolución establece expresamente:

> *"La presente resolución tiene como objeto establecer los lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando éste lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos".*

Asimismo, la Resolución 1604 de 2013 señala que las EPS y demás entidades obligadas deben establecer los procedimientos necesarios para asegurar la entrega de medicamentos en los términos allí previstos, y que las IPS deben concertar los mecanismos que garanticen la entrega inmediata y completa de los medicamentos o la entrega derivada del mecanismo excepcional dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclamación.

Por tanto, cuando se presente una entrega parcial o incompleta, la entidad responsable deberá efectuar la entrega de las cantidades pendientes dentro de los plazos establecidos en la regulación vigente, registrar en los módulos de suministro la información correspondiente a las entregas realizadas y pendientes y, cuando resulte aplicable el mecanismo excepcional previsto en la Resolución 1604 de 2013 y el usuario lo autorice, coordinar su entrega en el lugar de residencia o trabajo dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclamación del medicamento.

En consecuencia, la entrega parcial constituye una situación operativa reconocida por la regulación y por los desarrollos técnicos de MIPRES, pero no implica el cumplimiento definitivo de la obligación de suministro ni puede convertirse en una barrera que afecte la continuidad, efectividad o seguridad del tratamiento prescrito al usuario. Los actores responsables deben implementar las acciones necesarias para asegurar la trazabilidad del suministro, el seguimiento de las entregas pendientes y la culminación efectiva de la dispensación.

Pregunta 112. ¿Puede exigirse al usuario desplazarse a otro municipio para reclamar sus medicamentos?

Respuesta

El acceso a los medicamentos debe garantizarse conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, continuidad, integralidad y oportunidad previstos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015. En consecuencia, la organización de la red de dispensación y los procesos logísticos de suministro no deben constituir barreras que limiten el acceso efectivo de los usuarios a las tecnologías en salud requeridas.

La normativa vigente impone a las entidades responsables la obligación de garantizar la entrega completa y oportuna de los medicamentos prescritos. En este sentido, el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 estableció que las Entidades Promotoras de Salud deberán suministrar y distribuir los medicamentos cubiertos por el plan de beneficios de manera completa e inmediata y, cuando excepcionalmente no sea posible realizar la entrega completa al momento de la reclamación, deberán disponer de mecanismos que garanticen su entrega posterior.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Por su parte, la Resolución 1604 de 2013 dispone que las entidades responsables deberán programar con el afiliado la entrega de medicamentos en el lugar de residencia o trabajo cuando este lo autorice, y que las IPS y demás actores involucrados deben concertar los procedimientos necesarios para asegurar la entrega inmediata y completa de los medicamentos o la correspondiente entrega derivada del mecanismo excepcional.

En consecuencia, como regla general, no resulta compatible con los principios de accesibilidad y eliminación de barreras de acceso trasladar al usuario las cargas derivadas de problemas de disponibilidad, operación o logística de la red de dispensación. La necesidad de desplazarse a otro municipio deberá analizarse en cada caso concreto, considerando las condiciones particulares del usuario, la capacidad de la red de prestación, la disponibilidad del medicamento y las obligaciones de acceso efectivo que recaen sobre las entidades responsables.

Por tanto, cuando la ubicación de la red o las condiciones de dispensación puedan afectar el acceso efectivo al medicamento, las entidades responsables deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar su suministro oportuno y evitar que las condiciones geográficas o logísticas se conviertan en una barrera injustificada para el usuario.

Lo anterior se entiende sin perjuicio de que las condiciones concretas de entrega puedan variar en función de las características del medicamento prescrito, cuando su conservación, preparación o administración exija la intervención de personal de salud o la asistencia del paciente a un servicio farmacéutico o institución prestadora. Tales condicionamientos responden a requerimientos clínicos y de seguridad del propio tratamiento y no eximen a las entidades responsables de garantizar el acceso efectivo y oportuno a la tecnología prescrita.

En consecuencia, el mecanismo excepcional de la Resolución 1604 de 2013 opera en los términos allí previstos y, por fuera de ese supuesto, la procedencia de modalidades alternativas de suministro debe evaluarse en cada caso concreto, sin que las condiciones geográficas o logísticas de la red puedan trasladarse al usuario como carga.

Pregunta 113. ¿Qué reglas aplican al suministro de insumos, dispositivos, pañales y complementos nutricionales?

Respuesta

El suministro de insumos, dispositivos médicos, pañales para uso absorbente y productos de soporte nutricional debe determinarse con fundamento en la condición clínica del paciente, la necesidad terapéutica identificada por el profesional tratante y las reglas de financiación vigentes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De conformidad con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, las tecnologías requeridas para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación pueden financiarse con recursos públicos asignados a la salud, salvo aquellas que se encuentren expresamente excluidas mediante el procedimiento técnico-científico y participativo previsto en la ley.

Respecto de los pañales para uso absorbente, su prescripción se efectúa mediante MIPRES cuando exista una necesidad clínica sustentada por el profesional tratante. El parágrafo 2 del artículo 17 de la Resolución 740 de 2024 establece que cuando la cantidad requerida para un mes de tratamiento sea igual o menor a ciento veinte (120) unidades no se requiere análisis de la Junta de Profesionales de la Salud, correspondiendo a la entidad promotora de salud o entidad adaptada controlar mensualmente dicho suministro; por encima de ese límite opera la validación de la Junta. Su financiación se realiza mediante los mecanismos previstos para tecnologías y servicios no

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

financiados con recursos de la UPC, de conformidad con las disposiciones vigentes sobre Presupuestos Máximos.

En relación con los productos de soporte nutricional, particularmente los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), la financiación depende del ámbito en que se utilicen. Cuando corresponden a soporte nutricional suministrado durante una atención financiada con recursos de la UPC, incluyendo la atención intrahospitalaria o aquella comprendida dentro de un servicio cubierto por la UPC, su financiación se realiza con cargo a dicho mecanismo. Por el contrario, cuando se prescriben para uso ambulatorio mediante MIPRES, corresponden a tecnologías no financiadas con recursos de la UPC y son financiados mediante los mecanismos definidos para tecnologías reconocidas por Presupuestos Máximos, conforme a la regulación vigente. Conforme a los numerales 11.1 y 11.2 del artículo 11 de la Resolución 740 de 2024, los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales prescritos en atención ambulatoria, sea por el médico tratante o por el profesional en nutrición y dietética inscrito en el ReTHUS, deben ser aprobados por la Junta de Profesionales de la Salud. El numeral 11.3 exceptúa de dicho análisis los prescritos a pacientes con enfermedades huérfanas, raras, ultrahuérfanas u olvidadas, VIH, cáncer en cuidado paliativo o enfermedad renal crónica en estadio V, con diagnóstico confirmado. Los parágrafos 2 y 3 del artículo 12 precisan que la primera prescripción puede hacerse por un máximo de un (1) mes y que, en soporte nutricional crónico, la prescripción puede extenderse hasta por seis (6) meses, vencidos los cuales se requiere nueva valoración.

Por su parte, los dispositivos médicos e insumos se rigen por el principio de integralidad, desarrollado en la Resolución 2765 de 2025 y recogido en los numerales 9.3 y 9.4 del artículo 9 de la Resolución 740 de 2024, conforme a los cuales, cuando la tecnología prescrita es un procedimiento, los dispositivos necesarios e insustituibles para realizarlo se entienden incluidos y no requieren prescripción separada, y cuando la tecnología corresponde a dispositivos médicos debe prescribirse el procedimiento al que corresponden. En virtud de este principio, cuando un procedimiento o tecnología requiere dispositivos médicos, materiales, insumos o elementos indispensables para alcanzar su finalidad diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación o paliación, estos se entienden incluidos dentro de la financiación del procedimiento principal y no requieren una prescripción independiente.

Esta misma regla aplica tanto para procedimientos financiados con recursos de la UPC como para procedimientos prescritos mediante MIPRES y financiados con mecanismos diferentes a la UPC. En consecuencia, cuando se prescribe un procedimiento, se entienden financiados por integralidad los dispositivos médicos, materiales e insumos necesarios e insustituibles para su realización, siguiendo la misma fuente de financiación del procedimiento principal.

En consecuencia, por regla general los dispositivos médicos no se prescriben de manera aislada en MIPRES, sino que se entienden financiados por integralidad dentro del procedimiento al que corresponden, siguiendo su misma fuente de financiación.

Pregunta 114. ¿Qué doctrina existe sobre el reconocimiento de cuidador domiciliario y de enfermería en casa?

Respuesta

El marco normativo y jurisprudencial vigente distingue de manera expresa las figuras de enfermería domiciliaria y cuidador, por corresponder a prestaciones de naturaleza, finalidad y fuentes de financiación diferentes.

La enfermería domiciliaria constituye un servicio de salud que puede ser requerido cuando las condiciones clínicas del paciente demandan intervenciones realizadas por personal de enfermería

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

profesional o auxiliar debidamente capacitado. Estas actividades comprenden procedimientos asistenciales, terapéuticos, de monitoreo, administración de medicamentos, manejo de dispositivos médicos y demás intervenciones propias del ejercicio de la enfermería. Cuando exista indicación clínica por parte del profesional tratante, este servicio puede hacer parte de la atención financiada con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las reglas de cobertura y financiación vigentes.

Por su parte, el cuidador corresponde al apoyo requerido por una persona para el desarrollo de actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, tales como alimentación, higiene personal, movilización, acompañamiento, supervisión o asistencia permanente derivada de situaciones de dependencia funcional. Estas actividades, por regla general, no constituyen servicios de salud ni intervenciones sanitarias.

La Corte Constitucional se ocupó inicialmente de esta distinción en la Sentencia SU-508 de 2020. Posteriormente, mediante la Sentencia SU-466 de 2025, la Sala Plena unificó su jurisprudencia sobre el servicio de cuidador y modificó los criterios que venían aplicándose: sustituyó el requisito de certeza médica por el de evidente necesidad del servicio, y el de imposibilidad material de cuidado por el de afectación desproporcionada del núcleo familiar. Fijó asimismo pautas para valorar la red de apoyo de la persona y la capacidad económica de la familia para costear el servicio, bajo los principios de libertad probatoria y sana crítica.

En consecuencia, el reconocimiento del servicio de cuidador no opera de manera automática ni universal, pero tampoco está excluido: procede cuando se acreditan las condiciones fijadas por la Sala Plena, valoradas en cada caso concreto. En aplicación de estas reglas, la Corte ordenó el servicio en los casos revisados en dicha sentencia.

Asimismo, la jurisprudencia constitucional ha señalado que las necesidades de cuidado no pueden confundirse con las prestaciones sanitarias propiamente dichas. Mientras la enfermería domiciliaria corresponde a una atención de salud que exige conocimientos y competencias propias del talento humano en salud, el cuidador desarrolla funciones de apoyo personal y asistencia para la vida diaria que se relacionan principalmente con la condición de dependencia de la persona.

En concordancia con lo anterior, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce la importancia de los determinantes sociales de la salud y del deber de solidaridad que corresponde a la familia, la sociedad y el Estado. Ahora bien, conforme a la unificación efectuada en la Sentencia SU-466 de 2025, la invocación del deber de solidaridad familiar no constituye por sí sola razón suficiente para negar el servicio, pues la valoración de la red de apoyo debe efectuarse a la luz del criterio de afectación desproporcionada del núcleo familiar y de la capacidad económica para costear el servicio.

Adicionalmente, la Sentencia SU-466 de 2025 impartió órdenes generales dirigidas a varias entidades del Estado y no solamente a este Ministerio. Entre ellas, dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud expidieran lineamientos con un canal uniforme para solicitar el servicio de cuidador, precisando expresamente que dicha ruta no podrá condicionar la prestación del servicio a una orden judicial de tutela; que el Ministerio y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES adelantaran un estudio de costos para definir la fuente de financiación, sin que esta supedite el servicio a una orden judicial, incluyendo el análisis de los recobros y presupuestos máximos de ambos regímenes; que la Contraloría General de la República ejerciera control fiscal sobre dichos recursos; y que el Gobierno nacional elaborara un diagnóstico de la política pública de cuidado. Igualmente exhortó al Congreso de la República a tramitar un proyecto de ley que defina una fuente alternativa de financiación.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

En consecuencia:

- La enfermería domiciliaria es un servicio de salud que puede ser financiado con recursos del sistema cuando exista una necesidad clínica debidamente acreditada.
- El servicio de cuidador no constituye, por su naturaleza, una tecnología en salud ni se reconoce de manera automática o universal; su procedencia se determina caso por caso conforme a los criterios de evidente necesidad del servicio y de afectación desproporcionada del núcleo familiar unificados en la Sentencia SU-466 de 2025.
- Acreditadas dichas condiciones, el servicio debe ser reconocido, sin que su prestación pueda condicionarse a la existencia de una orden judicial de tutela ni a la definición previa de su fuente de financiación.
- La política pública y los lineamientos sobre cuidado deben desarrollarse de manera articulada por las entidades competentes del Estado, en cumplimiento de los desarrollos jurisprudenciales de la Corte Constitucional.

Por tanto, el marco jurídico vigente mantiene la diferenciación entre las prestaciones sanitarias, como la enfermería domiciliaria, y las actividades de apoyo para la vida diaria asociadas al cuidado, pero, conforme a la unificación jurisprudencial vigente, ello no excluye el reconocimiento del servicio de cuidador cuando concurren los criterios fijados por la Sala Plena de la Corte Constitucional.

Pregunta 116. ¿Cuál es el término para autorizar un procedimiento y cuándo se entiende negada tácitamente la autorización?

Respuesta

La normativa cuya expedición corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, en particular aquella relacionada con la definición de coberturas, prescripción y financiación de tecnologías en salud, no establece un término general y único para la autorización de todos los procedimientos o tecnologías en salud, ni contempla una figura general de negación tácita aplicable de manera uniforme a todas las solicitudes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el caso de las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC prescritas mediante MIPRES, la regulación vigente no contempla un procedimiento de autorización previa por parte de las EPS respecto de la decisión clínica adoptada por el profesional tratante. Una vez realizada la prescripción conforme a las condiciones previstas en la normativa aplicable, corresponde a los actores del sistema adelantar las gestiones necesarias para garantizar el suministro oportuno de la tecnología o servicio requerido, de acuerdo con las responsabilidades asignadas a cada uno de ellos.

Lo anterior resulta concordante con el artículo 14 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, conforme al cual para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa, salvo la que opere entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

Ahora bien, la determinación de los términos específicos para la gestión de determinadas prestaciones, así como la evaluación de eventuales incumplimientos en la oportunidad del acceso, debe realizarse conforme al régimen normativo aplicable a cada caso concreto, teniendo en cuenta la naturaleza de la tecnología solicitada, el ámbito de atención, las disposiciones sobre aseguramiento en salud y las competencias de las autoridades de inspección, vigilancia y control.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

En consecuencia, desde la perspectiva de la regulación de beneficios, financiación y prescripción de tecnologías en salud, no existe una regla general que permita afirmar que el silencio de una entidad frente a una solicitud constituye, por sí mismo, una negación tácita de la autorización. La valoración de las consecuencias jurídicas derivadas de la falta de respuesta o de la demora en la gestión de un servicio corresponde al análisis de las disposiciones específicas aplicables y, en el ámbito de inspección, vigilancia y control, a la Superintendencia Nacional de Salud.

Por tanto, más que un régimen general de autorización o de negación tácita, la normativa vigente privilegia la garantía del acceso efectivo, oportuno e integral a las tecnologías en salud requeridas por el paciente, de conformidad con la prescripción realizada y las reglas de financiación aplicables en cada caso.

Pregunta 123. ¿Qué entidad debe reconocer y pagar las incapacidades según su duración y el régimen del afiliado?

Respuesta

Con carácter previo debe precisarse que las prestaciones económicas derivadas de incapacidad por enfermedad general únicamente se reconocen a los afiliados cotizantes. Conforme al numeral 2 del numeral 2 del artículo 2.1.1.3 del Decreto 780 de 2016, que define al afiliado, esa calidad otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas. En consecuencia, los afiliados al Régimen Subsidiado y los beneficiarios del Régimen Contributivo tienen derecho a la atención en salud, pero no al reconocimiento y pago de incapacidades, por no ostentar la calidad de cotizantes.

El artículo 206 de la Ley 100 de 1993 dispone que el Régimen Contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general. Tratándose de contingencias de origen laboral, el reconocimiento corresponde a la Administradora de Riesgos Laborales desde el día siguiente al de ocurrido el accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad laboral, conforme al parágrafo 1 del artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016.

Para las incapacidades de origen común, la responsabilidad se distribuye en función de la duración, en los siguientes términos:

Período de incapacidad	Entidad responsable	Fundamento normativo
Días 1 y 2	Empleador	Parágrafo 1 del artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016
Día 3 al día 180	EPS o entidad adaptada	Artículo 206 de la Ley 100 de 1993 y artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo
Día 181 al día 540	Administradora de Fondos de Pensiones	Artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012
Día 541 en adelante	EPS o entidad adaptada	Artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y artículo 2.2.3.6.1 del Decreto 780 de 2016

Respecto del tramo comprendido entre los días 181 y 540, la Corte Constitucional precisó en la Sentencia T-401 de 2017 que la obligación recae en la Administradora de Fondos de Pensiones, con independencia de que el concepto de rehabilitación emitido por la entidad promotora de salud sea favorable o desfavorable.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

No obstante, el inciso 6 del artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012 establece una consecuencia a cargo de la entidad promotora de salud que no observe los términos allí previstos: la EPS debe emitir el concepto de rehabilitación antes del día 120 de incapacidad temporal y remitirlo a la Administradora de Fondos de Pensiones antes del día 150. De no hacerlo, deberá reconocer, con cargo a sus propios recursos, un subsidio equivalente a la incapacidad a partir del día 181 y hasta cuando expida el respectivo concepto.

En cuanto a la cuantía, el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo prevé un auxilio monetario equivalente a las dos terceras partes del salario durante los primeros noventa (90) días y a la mitad del salario por el tiempo restante. Tratándose de trabajadores que devenguen un salario mínimo legal mensual vigente o menos, el auxilio no puede ser inferior a dicho salario, conforme a lo resuelto por la Corte Constitucional en la Sentencia T-543 de 2007.

Pregunta 124. ¿Cuál es el término para el pago de una incapacidad y ante quién se reclama la mora?

Respuesta

El artículo 2.2.3.4.3 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el Decreto 2126 de 2023, establece dos términos sucesivos. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas debe efectuarse por la entidad promotora de salud o entidad adaptada dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación por el aportante o, en los eventos de licencia de maternidad por extensión, por el interesado. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la entidad debe efectuar el pago de las prestaciones que haya autorizado, directamente al aportante o al interesado según corresponda, mediante transferencia electrónica.

La misma disposición regula las consecuencias del incumplimiento. De una parte, la EPS o entidad adaptada que no cumpla con el plazo definido para el reconocimiento y pago debe reconocer y pagar intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002. De otra, la norma identifica expresamente la autoridad ante la cual debe surtirse la reclamación:

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

Adicionalmente, la entidad debe enviar comunicación por el medio autorizado por el usuario informando el monto reconocido y pagado, y podrá verificar por cualquier medio que el beneficiario de la prestación económica la haya recibido. El parágrafo de la misma disposición precisa que los aportantes no podrán deducir de las cotizaciones en salud los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad.

Debe señalarse que este Ministerio carece de competencia para conocer, dirimir o resolver conflictos entre los aportantes, los afiliados y las entidades promotoras de salud en relación con el reconocimiento y pago de prestaciones económicas. La función asignada en el numeral 38 del artículo 2 del Decreto 120 de 2026 consiste en definir el régimen aplicable por parte de las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas por enfermedad general o por licencias de maternidad, competencia de carácter regulatorio, general y abstracto.

Finalmente, el artículo 28 de la Ley 1438 de 2011 fija en tres (3) años el término de prescripción del derecho a reclamar el reembolso del valor de las prestaciones económicas, contados a partir de la fecha en que el empleador efectuó el pago al trabajador por dichos conceptos.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Pregunta 125. ¿Qué requisitos puede exigir la entidad para el pago de la incapacidad y cuáles constituyen exigencias no previstas en la ley?

Respuesta

Los requisitos exigibles se encuentran determinados de manera expresa en la regulación y no admiten ampliación por vía interpretativa.

El artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el Decreto 2126 de 2023, establece las condiciones que deben acreditarse al momento del inicio de la incapacidad de origen común: estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales; haber cotizado efectivamente como mínimo cuatro (4) semanas inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalentes a veintiocho (28) días; y contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, o validado por esta.

A su vez, el artículo 2.2.3.3.2 del mismo decreto determina el contenido mínimo del certificado de incapacidad, que comprende, entre otros, la identificación del prestador y del afiliado, el lugar y fecha de expedición, el grupo de servicios y la modalidad de prestación, los códigos de diagnóstico conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente, el presunto origen de la incapacidad, las fechas de inicio y terminación, la condición de prórroga y la identificación y firma del profesional que lo expide. El artículo 2.2.3.4.1 relaciona, por su parte, los documentos que el aportante debe entregar para el trámite de reconocimiento, liquidación y pago de cada prestación.

De la lectura conjunta de estas disposiciones se concluye que el marco regulatorio no contempla, como requisito general y obligatorio, la presentación de la historia clínica completa para el reconocimiento de incapacidades o licencias expedidas por prestadores pertenecientes a la red de la propia entidad promotora de salud. Tratándose de incapacidades expedidas por profesional no adscrito a la red, el artículo 2.2.3.3.3 exige acompañar la epicrisis, cuando se trate de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponda a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Tampoco resulta procedente trasladar al afiliado la gestión del trámite. El artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012 dispone que 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, y que en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento, correspondiendo a este únicamente informar al empleador sobre la expedición de la incapacidad o licencia.

En consecuencia, las exigencias que excedan las condiciones, el contenido del certificado y los documentos expresamente previstos en las disposiciones citadas no encuentran respaldo en el marco regulatorio vigente. La valoración de si una exigencia concreta formulada por una entidad determinada se ajusta o no a dicho marco corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Pregunta 126. ¿Qué ocurre con las incapacidades transcritas por la entidad y cuál es el término para esa transcripción?

Respuesta

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

El artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el Decreto 2126 de 2023, regula el supuesto de la incapacidad expedida por médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada.

Conforme a dicha disposición, la incapacidad así expedida será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre que concurran tres condiciones: que haya sido expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial de Talento Humano en Salud – ReTHUS, incluida su especialización si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio adscrito a un prestador de servicios de salud habilitado; que su presentación para validación se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición; y que se allegue con la solicitud la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponda a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Cuando a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada exista duda respecto de la incapacidad expedida por el profesional no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.

La norma prevé una consecuencia expresa frente a la inactividad de la entidad. Transcurridos ocho (8) días hábiles sin que la entidad promotora de salud o entidad adaptada haya validado la incapacidad ni sometido a evaluación médica al cotizante, estará obligada a reconocerla y liquidarla dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado y a pagarla dentro de los cinco (5) días siguientes, siempre y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del artículo 2.2.3.3.1 del mismo decreto.

Debe precisarse, adicionalmente, que el certificado de incapacidad de origen común debe expedirse desde el momento de ocurrencia del evento que la origina, salvo los casos de incapacidad retroactiva expresamente contemplados en el numeral 15 del artículo 2.2.3.3.2, y que el médico u odontólogo tratante expedirá el certificado hasta por un máximo de treinta (30) días, prorrogables según su criterio clínico por períodos de hasta treinta (30) días cada uno. Se entiende por prórroga la que se expide con posterioridad a la inicial por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con esta, aun tratándose de código diferente de diagnóstico, siempre que entre una y otra no medie una interrupción mayor a treinta (30) días calendario.

Finalmente, conforme al artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012, la gestión de este trámite corresponde al empleador y no puede ser trasladada al afiliado.

Pregunta 127. ¿Qué reglas aplican a las incapacidades superiores a ciento ochenta días y quién asume su pago?

Respuesta

Superado el día 180, la responsabilidad se desplaza de la entidad promotora de salud a la Administradora de Fondos de Pensiones. El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, dispone que 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 EPS, evento en el cual otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

La Corte Constitucional precisó en la Sentencia T-401 de 2017 que, a partir del día 180 y hasta el día 540 de incapacidad, la prestación económica corresponde por regla general a las Administradoras de Fondos de Pensiones, sin que resulte determinante el sentido favorable o desfavorable del concepto de rehabilitación emitido por la entidad promotora de salud.

A partir del día 541, el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 radicó en las entidades promotoras de salud el pago de las incapacidades de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. El artículo 2.2.3.6.1 del Decreto 780 de 2016 precisa los supuestos en que procede dicho reconocimiento, a saber: cuando exista concepto favorable de rehabilitación expedido por el médico tratante en virtud del cual se requiera continuar en tratamiento médico; cuando el paciente no haya tenido recuperación durante el curso de la enfermedad o lesión que originó la incapacidad, habiéndose seguido los protocolos y guías de atención y las recomendaciones del médico tratante; y cuando por enfermedades concomitantes se hayan presentado nuevas situaciones que prolonguen el tiempo de recuperación. Configurado cualquiera de estos supuestos, la entidad deberá reiniciar el pago de la prestación económica a partir del día quinientos cuarenta y uno (541).

Sobre el alcance de esta obligación, la Corte Constitucional precisó en la Sentencia T-246 de 2018 que las entidades promotoras de salud asumen una carga administrativa, por cuanto pueden perseguir el reconocimiento y pago de las sumas canceladas por este concepto ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en los términos del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015. Precisó igualmente que el pago del subsidio no se encuentra condicionado a que se haya surtido la calificación de pérdida de capacidad laboral del afiliado, pues la falta de diligencia de las entidades no puede derivar en una carga más gravosa para quien afronta una incapacidad prolongada.

Cuando no se verifica el supuesto de concepto favorable de rehabilitación, la Corte Constitucional señaló en la Sentencia T-268 de 2020 —que se refirió a esta disposición bajo la numeración que le asignó el Decreto 1333 de 2018— que el pago se atribuye a la Administradora de Fondos de Pensiones hasta tanto se surta el trámite definitivo que reconozca la pensión de invalidez.

Debe reiterarse la consecuencia prevista en el inciso 6 del artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012: la entidad promotora de salud que no emita el concepto de rehabilitación antes del día 120 de incapacidad temporal ni lo remita a la Administradora de Fondos de Pensiones antes del día 150 asumirá, con cargo a sus propios recursos, el subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal desde el día 181 y hasta cuando expida el correspondiente concepto. Los requisitos mínimos que debe contener dicho concepto se encuentran establecidos en el artículo 2.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016.

Por último, el pago de la incapacidad superior a 540 días deberá efectuarse hasta tanto exista una calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, evento en el cual el trabajador puede optar por la pensión de invalidez a cargo de la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se encuentre afiliado; o hasta que la calificación resulte inferior al 50%, situación en la que corresponde al empleador reincorporar al trabajador en el cargo que venía desempeñando o en otra actividad acorde con su situación, siempre que los conceptos médicos determinen que se encuentra apto para ello.

Pregunta 128. ¿Qué ocurre cuando la entidad promotora y la administradora de pensiones se atribuyen mutuamente la obligación?

Respuesta

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

La controversia entre entidades del Sistema sobre la titularidad de la obligación no suspende ni extingue el derecho del afiliado a percibir la prestación económica, ni puede trasladarse a este la carga de resolverla.

La Corte Constitucional ha construido para estos eventos la regla del responsable provisional. En la Sentencia T-268 de 2020 señaló que debe establecerse un responsable provisional del pago de las incapacidades cuando no exista certeza respecto de la entidad del Sistema General de Seguridad Social que debe asumirlas, sin perjuicio de que, definida la titularidad, procedan entre las entidades los ajustes y recobros a que haya lugar.

A ello se suman las reglas de atribución expuestas en los numerales precedentes, que operan con independencia de la posición que adopten las entidades involucradas: el desplazamiento de la obligación a la Administradora de Fondos de Pensiones a partir del día 181, conforme a la Sentencia T-401 de 2017; la consecuencia a cargo de la entidad promotora de salud prevista en el inciso 6 del artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012 cuando omite expedir y remitir oportunamente el concepto de rehabilitación; y los supuestos del artículo 2.2.3.6.1 del Decreto 780 de 2016 para las incapacidades superiores a 540 días.

Se reitera que este Ministerio no tiene atribuida la facultad de conocer, dirimir o resolver conflictos entre los aportantes, los afiliados y las entidades del Sistema en relación con el reconocimiento y pago de prestaciones económicas. Conforme al principio de responsabilidad consagrado en el artículo 121 de la Constitución Política, ninguna autoridad del Estado podrá ejercer funciones distintas de las que le atribuyen la Constitución y la ley, razón por la cual esta cartera ministerial se pronuncia sobre el asunto normativo consultado en abstracto y no sobre casos particulares y concretos.

Pregunta 129. ¿Qué mecanismo tiene el afiliado frente a ese conflicto de competencias entre entidades?

Respuesta

El afiliado dispone de varias vías, de distinta naturaleza y alcance.

En primer término, la reclamación directa ante la entidad obligada, adelantada por el empleador cuando se trate de trabajador dependiente, en los términos del artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012, o directamente por el trabajador independiente.

En segundo término, el artículo 2.2.3.4.3 del Decreto 780 de 2016 dispone expresamente que, de presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud para que, de acuerdo con sus competencias, adelante las acciones a que hubiere lugar. Esta vía corresponde al ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de dicha Superintendencia.

En tercer término, la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, prevista en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, respecto de los asuntos expresamente enlistados en esa disposición y con sujeción a los términos allí establecidos.

Finalmente, la jurisdicción ordinaria laboral, competente para conocer de las controversias relativas a las prestaciones económicas derivadas del Sistema de Seguridad Social, y la acción de tutela cuando la falta de pago comprometa derechos fundamentales como el mínimo vital, mecanismo por el cual se han proferido las decisiones de la Corte Constitucional citadas en los numerales precedentes.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Pregunta 130. ¿Qué reglas aplican al pago de incapacidades del trabajador independiente y qué mora lo excluye del derecho?

Respuesta

El trabajador independiente que cotiza al Régimen Contributivo ostenta la calidad de afiliado cotizante y es, en consecuencia, titular del derecho a las prestaciones económicas. Debe acreditar las mismas condiciones previstas en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016: afiliación en calidad de cotizante, cotización efectiva de cuatro (4) semanas inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad y certificado de incapacidad expedido o validado por la entidad promotora de salud.

La particularidad del trabajador independiente radica en que concentra en sí mismo las calidades de aportante y beneficiario, por lo que el pago oportuno de la cotización constituye carga propia. La prestación se liquida sobre el ingreso base de cotización declarado en la autoliquidación y pago de aportes, tomando el reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad, conforme al artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016, entendiendo por inicio el día uno (1) de la incapacidad inicial y no el de las prórrogas. Este criterio se mantiene durante todo el evento cuando se trate de prórrogas continuas por la misma patología o por otra relacionada.

En cuanto a los efectos de la mora, la jurisprudencia constitucional ha delimitado el alcance de la negativa fundada en el pago extemporáneo de aportes, atendiendo a tres consideraciones: la afectación del mínimo vital que produce la falta de pago oportuno de la prestación; la vulneración del principio de buena fe cuando la entidad no requirió el pago; y la circunstancia de que el aporte, aun siendo inoportuno, efectivamente se realizó y fue recibido por la entidad sin objeción. Bajo esta última hipótesis, conocida como allanamiento a la mora, la entidad que recibió la cotización extemporánea sin ejercer las acciones de cobro previstas en el ordenamiento no puede invocar posteriormente esa misma mora como fundamento para negar la prestación.

La determinación de si en un caso concreto se configura dicho supuesto corresponde a las instancias competentes y no a este Ministerio, conforme a lo señalado en los numerales precedentes.

Pregunta 131. ¿Qué reglas aplican a la licencia de maternidad y de paternidad y cuál es el término para su pago?

Respuesta

Licencia de maternidad.

El artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1 de la Ley 1822 de 2017 y posteriormente por el artículo 2 de la Ley 2114 de 2021, reconoce a la madre trabajadora una licencia de dieciocho (18) semanas en la época del parto, remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su disfrute; si el salario no es fijo, se toma el promedio del último año de servicios o de todo el tiempo laborado si fuere menor. La licencia se distribuye en una semana antes del parto —dos por razón médica— y el resto con posterioridad, pudiendo el médico tratante ordenar un posparto de dieciséis (16) o dieciocho (18) semanas. Tratándose de partos prematuros se suma a las dieciocho semanas la diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, y en caso de parto múltiple o de hijo con discapacidad la licencia se amplía en dos (2) semanas adicionales. El artículo 2.2.3.2.1 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el Decreto 2126 de 2023, establece las condiciones para su reconocimiento y pago.

La Ley 2114 de 2021 incorporó, adicionalmente, la licencia parental compartida, conforme a la cual las primeras doce (12) semanas del posparto son de disfrute obligatorio de la madre y las seis

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

(6) semanas restantes pueden distribuirse entre los padres de común acuerdo, y la licencia parental flexible de tiempo parcial, que permite sustituir un período de la licencia de maternidad o de paternidad por trabajo de medio tiempo, equivalente al doble del tiempo seleccionado.

Licencia de paternidad.

El parágrafo 2 del artículo 2 de la Ley 2114 de 2021 reconoce al padre dos (2) semanas de licencia remunerada de paternidad, aplicable a los hijos nacidos del cónyuge o de la compañera permanente, así como al padre adoptante. La misma disposición precisa que el único soporte válido para su otorgamiento es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la entidad promotora de salud a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del nacimiento del menor; que la licencia está a cargo de la EPS; y que será reconocida proporcionalmente a las semanas cotizadas por el padre durante el período de gestación. La norma contempla además la ampliación progresiva de esta licencia en una (1) semana adicional por cada punto porcentual de disminución de la tasa de desempleo estructural frente a su nivel a la entrada en vigencia de la ley, hasta un máximo de cinco (5) semanas, conforme a la metodología que definan el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Banco de la República y el Departamento Nacional de Planeación.

El artículo 2.2.3.2.8 del Decreto 780 de 2016 dispone que la licencia de paternidad deberá ser disfrutada durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de nacimiento del menor o de la entrega oficial del menor adoptado, y que para su reconocimiento y pago se requerirá que el afiliado cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación de la madre, procediendo el reconocimiento proporcional cuando hubiere cotizado por un período inferior.

Liquidación.

Conforme al artículo 2.2.3.2.18 del Decreto 780 de 2016, el reconocimiento y pago de estas licencias se realiza con el ingreso base de cotización reportado al momento de iniciar la licencia, entendiendo por inicio el reportado en el día uno (1). Cuando exista multiplicidad de aportantes para la fecha de inicio de la prestación, el valor a reconocer se liquidará en forma proporcional a lo aportado por cada aportante durante el período de gestación y se pagará a cada uno de manera independiente. En ningún caso la licencia de paternidad podrá liquidarse con un ingreso base de cotización inferior a un (1) salario mínimo mensual legal vigente para la fecha de inicio de la licencia.

Término para el pago.

Es el mismo previsto para las demás prestaciones económicas en el artículo 2.2.3.4.3 del Decreto 780 de 2016: quince (15) días hábiles para la revisión y liquidación de la solicitud, contados desde su presentación por parte del aportante, y cinco (5) días hábiles siguientes para efectuar el pago. La misma disposición prevé que, ante el incumplimiento de dichos plazos, se reconozcan y paguen intereses moratorios al aportante, para lo cual remite al Decreto 1281 de 2002, cuyo artículo 4, bajo el epígrafe «Intereses moratorios», fija la tasa aplicable por remisión a la establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

Finalmente, se reitera que, conforme al artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012, el trámite de reconocimiento corresponde al empleador y no puede trasladarse al afiliado, quien únicamente debe reportar la novedad.

Pregunta 132. ¿Qué ocurre cuando hubo mora en los aportes durante la gestación?

Respuesta

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

La regulación contempla expresamente este supuesto. El artículo 2.2.3.2.8 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el Decreto 2126 de 2023, prevé el evento en que, durante el período de gestación, el empleador del afiliado cotizante o el trabajador independiente beneficiario de la licencia no haya realizado el pago oportuno de las cotizaciones, y regula las condiciones bajo las cuales procede el reconocimiento de la licencia de paternidad. En el mismo sentido, el artículo 2.2.3.3.1 del mismo decreto, al fijar las condiciones para el reconocimiento de las incapacidades de origen común, hace referencia a la fecha límite de pago del respectivo período de cotización.

Sin perjuicio de lo anterior, el alcance de estas disposiciones debe armonizarse con la jurisprudencia constitucional sobre el allanamiento a la mora. En la Sentencia T-158 de 2024, la Corte Constitucional reiteró, respecto de la licencia de paternidad y con fundamento en la línea jurisprudencial construida en materia de licencia de maternidad por tratarse del mismo hecho generador, que la oportunidad en el pago de los aportes por parte del empleador no constituye una condición adicional para acceder a la prestación económica, y precisó que la referencia a la fecha límite de pago alude al período en que se inicia la licencia, debiendo cancelarse por separado los intereses de mora a que haya lugar.

Conforme a la misma providencia, la figura del allanamiento a la mora se configura cuando concurren tres supuestos: que el empleador realice el pago extemporáneo de las cotizaciones; que la entidad promotora de salud lo reciba; y que esta no alegue oportunamente la mora ni adelante las acciones de cobro dirigidas a obtener el pago efectivo. Verificados tales supuestos, la entidad que recibió las cotizaciones extemporáneas no puede invocar posteriormente esa mora como fundamento para negar el reconocimiento de la prestación. Por el contrario, cuando el pago es rechazado por la entidad o no llega a realizarse, la responsabilidad del reconocimiento recae en el empleador.

De lo expuesto se desprende que la mora en el pago de los aportes no extingue por sí misma el derecho a la prestación económica, sino que determina a quién corresponde asumirla, según la conducta desplegada por el empleador y por la entidad promotora de salud. La valoración de su configuración en un caso concreto corresponde a las instancias competentes, en particular a la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales y de inspección, vigilancia y control.

Pregunta 133. ¿Procede el pago proporcional de la licencia y en qué casos?

Respuesta

Sí. El reconocimiento proporcional está expresamente previsto en la regulación y opera cuando el período efectivamente cotizado resulta inferior al período de gestación.

Licencia de maternidad.

El artículo 2.2.3.2.1 del Decreto 780 de 2016 dispone que a las afiliadas que hubieren cotizado por un período inferior al de gestación se reconocerá y pagará proporcionalmente, como valor de la licencia de maternidad, un monto equivalente al número de días cotizados frente al período real de gestación, salvo lo previsto en el artículo 2.2.3.2.4 del mismo decreto para las trabajadoras independientes cuyo ingreso base de cotización corresponde a un salario mínimo legal mensual vigente.

Licencia de paternidad.

El parágrafo 2 del artículo 2 de la Ley 2114 de 2021 y el artículo 2.2.3.2.8 del Decreto 780 de 2016 establecen que la licencia se reconoce proporcionalmente a las semanas cotizadas por el

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

padre durante el período de gestación, procediendo el reconocimiento proporcional cuando hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación. El parágrafo de esta última disposición precisa que, cuando la entidad promotora de salud o entidad adaptada a la que se encuentre afiliado el padre no sea la misma de la madre y el período de cotización de aquel sea inferior al período de gestación, deberá presentarse ante la entidad responsable del aseguramiento el certificado de licencia de maternidad, a efecto de realizar el cálculo proporcional de la licencia.

En todo caso, la liquidación no puede efectuarse con un ingreso base de cotización inferior a un (1) salario mínimo mensual legal vigente para la fecha de inicio de la licencia, regla que aplica igualmente cuando, por cambio de anualidad, el ingreso base de cotización reportado resulte inferior al salario mínimo legal vigente.

Pregunta 134. ¿Cuál es el régimen vigente de copagos y cuotas moderadoras y cómo se determina su monto?

Respuesta

Fundamento legal.

Los artículos 160 y 187 de la Ley 100 de 1993 establecen, respectivamente, el deber de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de pagar, cuando corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar, y su sujeción a pagos compartidos y cuotas moderadoras. Esta misma previsión se reitera en el literal i) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, conforme al cual es deber de las personas contribuir solidariamente con el financiamiento del sistema de acuerdo con su capacidad de pago.

Norma vigente.

El régimen aplicable se encuentra contenido en el Título 4 de la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, *denominado «Régimen de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras», adicionado por el artículo 1 del Decreto 1652 de 2022 y conformado por los artículos 2.10.4.1 a 2.10.4.12.*

El artículo 2 del citado decreto dispone que este rige a partir de la fecha de su publicación, que sus disposiciones son aplicables a partir del 1 de agosto de 2022 y que deroga el artículo 2.3.2.1.17 del Decreto 780 de 2016 y el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, «salvo sus artículos 8, 9, 10 y 11, los cuales continuarán vigentes hasta tanto sea expedido el acto administrativo de que trata el artículo 2.10.4.10 de este decreto».

Naturaleza y sujetos obligados.

Conforme al artículo 2.10.4.1, los pagos compartidos o copagos son un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado, con la finalidad de contribuir a financiar el Sistema, y están a cargo de los afiliados beneficiarios en el Régimen Contributivo y de los afiliados del Régimen Subsidiado. Según el artículo 2.10.4.2, las cuotas moderadoras corresponden al valor que deben cancelar los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del Régimen Contributivo por la utilización de los servicios de salud, con el objetivo de racionalizar y estimular el buen uso de estos.

Principios.

El artículo 2.10.4.3 fija cuatro principios básicos. El de accesibilidad, conforme al cual las cuotas moderadoras y los copagos «en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población debido a su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales». El de aplicación general. El de información al usuario, que obliga a las entidades promotoras de salud

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

y entidades adaptadas a informar ampliamente sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro, a incluir esa información en la Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente y a publicarla al menos una vez al año en medios masivos de amplia circulación, conforme a las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud. Y el de no simultaneidad, según el cual en ningún caso podrán aplicarse para un mismo servicio cuotas moderadoras y copagos.

Base de cálculo.

El artículo 2.10.4.4 establece que ambos cobros se aplican teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante reportado al momento de la prestación de los servicios de salud, conforme a la progresividad en el nivel socioeconómico, de manera que a mayor nivel de ingresos corresponde un mayor cobro y viceversa. Su parágrafo dispone que cuando exista más de un cotizante por núcleo familiar se tomará el menor ingreso base de cotización.

Servicios sujetos a cada cobro.

El artículo 2.10.4.5 relaciona los servicios sujetos a cuota moderadora, que se paga por cada usuario y de manera independiente al momento de utilizar cada uno: la consulta externa general y la especializada, médica y odontológica, registradas en las categorías 89.0.2, 89.0.3 y 89.0.4 de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS, incluida la consulta en medicina alternativa aceptada; la consulta externa por nutricionista, optometría, foniatría y fonoaudiología, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional y psicología; la fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios; los exámenes de laboratorio clínico del Grupo 90 de la CUPS ordenados en forma ambulatoria; los exámenes de imagenología de radiología general y ecografías de los subgrupos 87.0 a 87.3 y 88.1 ordenados en forma ambulatoria; y la atención de urgencias, única y exclusivamente cuando se trate de pacientes clasificados en las categorías de triage IV y V conforme a la Resolución 5596 de 2015. Tratándose de fórmulas de medicamentos y de órdenes de laboratorio o imagenología, la cuota se cobra por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, con independencia del número de ítems que incluya.

El artículo 2.10.4.7 dispone que los copagos se aplican a todos los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados, incluidos los servicios complementarios identificados en la herramienta tecnológica MIPRES, salvo lo establecido en los artículos 2.10.4.8 y 2.10.4.9 y aquellos servicios sujetos al cobro de cuota moderadora. Los tratamientos ambulatorios que se realizan en varios tiempos o en sesiones, como los procedimientos odontológicos y las terapias de rehabilitación, están sujetos al cobro de un copago por la totalidad del tratamiento, el cual podrá cancelarse proporcionalmente por cada sesión si así lo solicita el paciente.

Mecanismo de determinación del monto.

El artículo 2.10.4.10, bajo el epígrafe «Fijación de los montos por concepto de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras», dispone que este Ministerio fijará periódicamente dichos montos a partir de un estudio técnico que tenga en cuenta, entre otros criterios, el nivel socioeconómico de los usuarios, los servicios a los que serán aplicables, la frecuencia de uso de los servicios y tecnologías en salud, el costo de estos y la inflación.

Mientras ese acto administrativo no se expida, y por la remisión expresa del artículo 2 del Decreto 1652 de 2022, los montos se determinan aplicando los porcentajes de los artículos 8, 9, 10 y 11 del Acuerdo 260 de 2004, que regulan respectivamente el monto de las cuotas moderadoras, el monto de los copagos por afiliado beneficiario, el tope máximo de copagos por afiliado beneficiario en el Régimen Contributivo y las contribuciones de los afiliados dentro del Régimen Subsidiado.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

A partir de la vigencia 2024, esos valores se expresan en Unidades de Valor Básico – UVB, por mandato del artículo 313 de la Ley 2294 de 2023, que creó dicha unidad como instrumento de indexación de valores expresados en salarios mínimos o en Unidades de Valor Tributario e incluyó expresamente en su ámbito las cuotas asociadas al desarrollo de actividades de salud. Según la misma disposición, el valor de la UVB se reajusta anualmente con la variación del Índice de Precios al Consumidor sin alimentos ni regulados certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en el período comprendido entre el 1 de octubre del año anterior al año considerado y la misma fecha del año inmediatamente anterior a este, y corresponde al Ministerio de Hacienda y Crédito Público publicarlo mediante resolución antes del 1 de enero de cada año.

Valores aplicables a la vigencia 2026.

Para la vigencia 2026 la Unidad de Valor Básico fue fijada en doce mil ciento diez pesos moneda corriente ($12.110) mediante la Resolución 3488 del 31 de diciembre de 2025 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Con fundamento en ella, este Ministerio actualizó los montos mediante la Circular Externa 048 del 31 de diciembre de 2025, que rige a partir del 1 de enero de 2026, así:

Régimen Contributivo. Monto de la cuota moderadora (artículo 8 del Acuerdo 260 de 2004).

Rango de ingreso del afiliado cotizante	Cuota moderadora en UVB	Valor en pesos
Menor a 2 SMLMV	0,411	$4.977,21
Entre 2 y 5 SMLMV	1,66	$20.102,60
Mayor a 5 SMLMV	4,36	$52.799,60

Régimen Contributivo. Valor del copago (artículo 9 del Acuerdo 260 de 2004).

Rango de ingreso en SMLMV	Porcentaje del valor del servicio
Menor a 2 SMLMV	11,50%
Entre 2 y 5 SMLMV	17,30%
Mayor a 5 SMLMV	23,00%

Régimen Contributivo. Topes máximos de copago por afiliado beneficiario (artículo 10 del Acuerdo 260 de 2004).

Rango de ingreso en SMLMV	Tope por evento en UVB	Tope por evento en pesos	Tope por año en UVB	Tope por año en pesos
Menor a 2 SMLMV	30,86	$373.715	61,84	$748.882
Entre 2 y 5 SMLMV	123,67	$1.497.644	247,35	$2.995.409
Mayor a 5 SMLMV	247,35	$2.995.409	494,69	$5.990.696

Se precisa que el artículo 10 del Acuerdo 260 de 2004 fijó originalmente estos topes como un porcentaje del salario mínimo legal mensual vigente —57,5%, 230% y 460% anuales, y la mitad de cada uno por evento, según el rango de ingreso—. A partir de la vigencia 2024 esos valores se

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

expresan en Unidades de Valor Básico por mandato del artículo 313 de la Ley 2294 de 2023, de manera que su actualización anual sigue la variación del Índice de Precios al Consumidor sin alimentos ni regulados y no el reajuste del salario mínimo.

Régimen Subsidiado (artículo 11 del Acuerdo 260 de 2004).

En el Régimen Subsidiado no se cobran cuotas moderadoras. El copago corresponde, como máximo, al diez por ciento (10%) del valor del servicio, con los siguientes topes para la vigencia 2026:

Tope	Porcentaje fijado en el Acuerdo 260 de 2004	Tope en UVB	Tope en pesos
Tope por evento	50% de 1 SMLMV	53,77	$651.155
Tope por año calendario	100% de 1 SMLMV	107,54	$1.302.309

Autonomía y obligaciones de las entidades.

Conforme al artículo 2.10.4.11, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas pueden definir las frecuencias de aplicación de los cobros, teniendo en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios, y deben contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicio, de manera que en cada año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o el primer servicio de los previstos en el artículo 2.10.4.5, con excepción de la consulta externa médica general. Las entidades no pueden suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras, aunque sí definir su no pago para órdenes de ayudas diagnósticas o fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems. La misma disposición ordena que, en todo caso, deberá aceptarse el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado, y que la totalidad de los recaudos por estos conceptos pertenece a la entidad promotora de salud. Por su parte, el artículo 2.10.4.12 exige que los cobros se registren con independencia de si son asumidos directamente por el cotizante o por un tercero en el marco de un plan complementario en salud.

Pregunta 135. ¿Qué poblaciones están exentas de copagos y cómo se acredita esa condición?

Respuesta

Las exenciones están previstas en tres disposiciones del Título 4 de la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, según recaigan sobre la cuota moderadora, sobre el copago o sobre grupos poblacionales determinados. Se precisa que la Circular Externa 048 de 2025 únicamente actualiza los montos de la vigencia 2026 y no modifica este régimen.

Exenciones de cuota moderadora (artículo 2.10.4.6).

Están exceptuados los afiliados del Régimen Subsidiado en todos los servicios que requieran. En el Régimen Contributivo lo están quienes deban someterse a prescripciones regulares en siete diagnósticos con sus tratamientos integrales: diabetes mellitus tipo I y II; hipertensión arterial; atención del paciente trasplantado; enfermedades huérfanas y ultrahuérfanas; alteraciones nutricionales en menores de cinco años, esto es, anemia o desnutrición aguda; problemas o trastornos mentales; y enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC. La norma faculta además a las entidades promotoras de salud para determinar y exceptuar otros diagnósticos,

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

atendiendo las Rutas Integrales de Atención en Salud y la gestión de riesgo o el perfil epidemiológico de su población afiliada. Están igualmente exentas las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal, las de educación e información en salud de todas las Rutas y las atenciones para enfermedades transmisibles de interés en salud pública de alta externalidad, contenidas respectivamente en los Anexos 1, 2, 3 y 4 del decreto.

Exenciones de copago (artículo 2.10.4.8).

Los afiliados de ambos regímenes están exentos por las atenciones originadas en trece eventos y servicios de alto costo: trasplante renal, de corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea; insuficiencia renal aguda o crónica; manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluida la atención hospitalaria del infarto agudo de miocardio; manejo quirúrgico de afecciones del sistema nervioso central y trauma de columna vertebral o canal raquídeo con daño o probable daño medular; corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo; reemplazos articulares; gran quemado, en los supuestos de lesión que la norma detalla; trauma mayor; VIH/SIDA; cáncer; manejo en Unidad de Cuidados Intensivos; manejo quirúrgico de enfermedades congénitas; y enfermedades huérfanas de pacientes inscritos en el registro nacional de enfermedades huérfanas. Están exentas asimismo la atención de urgencias de los pacientes clasificados en triage I, II y III conforme a la Resolución 5596 de 2015 y las intervenciones individuales de los Anexos 1 a 4 antes referidos.

Grupos poblacionales exentos (artículo 2.10.4.9).

En ambos regímenes la norma exceptúa, indicando en cada caso su fundamento legal: la población menor de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer, certificado por el onco-hematólogo pediátrico, así como la que presenta aplasias medulares y síndromes de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas, histiocitosis y desórdenes histiocitarios, y aquella respecto de la cual exista sospecha de cáncer o de esas enfermedades hasta tanto el diagnóstico no se descarte, conforme al artículo 2 de la Ley 1388 de 2010, modificado por el artículo 4, parágrafo 2, de la Ley 2026 de 2020; las personas mayores de edad en relación con la vasectomía o la ligadura de trompas, conforme a los artículos 2 y 3 de la Ley 1412 de 2010, modificada por la Ley 1996 de 2019; los niños, niñas y adolescentes del Sisbén 1 y 2 con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas o enfermedades catastróficas y ruinosas certificadas por el médico tratante, conforme al artículo 18 de la Ley 1438 de 2011; los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y de toda forma de maltrato, certificados por la autoridad competente, conforme al artículo 19 de la misma ley; todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual certificadas por la autoridad competente, sin importar su régimen de afiliación, conforme a su artículo 54; las víctimas del conflicto armado interno del artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 registradas en el Sisbén 1 y 2, y las contempladas en la parte resolutiva de sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos; las personas en situación de discapacidad respecto de su rehabilitación funcional, conforme al artículo 9, numeral 9, de la Ley 1618 de 2013; las víctimas de lesiones causadas con ácidos o sustancias corrosivas, conforme al artículo 53-A de la Ley 1438 de 2011; las personas que hagan uso del derecho a morir con dignidad, en los términos del artículo 14 de la Resolución 971 de 2021 y del artículo 16 de la Resolución 825 de 2018 de este Ministerio; los veteranos, respecto de la recuperación integral de secuelas físicas y psicológicas, conforme a la Ley 1979 de 2019; y las personas que padecen epilepsia y no puedan asumir el tratamiento por su condición económica, conforme al artículo 12, numeral 7, de la Ley 1414 de 2010.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

En el Régimen Subsidiado se exceptúan además del cobro de copago los niños durante el primer año de vida, las complicaciones derivadas del parto, la población de nivel 1 del Sisbén y las poblaciones especiales establecidas en el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 que se identifican mediante listado censal, a saber: niños, niñas, adolescentes y jóvenes en proceso administrativo de restablecimiento de derechos y población del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; menores desvinculados del conflicto armado bajo protección del ICBF; población infantil vulnerable bajo protección en instituciones distintas del ICBF; adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono en centros de protección; comunidades indígenas; población privada de la libertad a cargo de entidades territoriales que no cumpla las condiciones para cotizar e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad; población habitante de calle; y adultos entre 18 y 60 años en condición de discapacidad, de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.

Acreditación de la condición.

La propia norma determina el medio de acreditación según la población: certificación del onco-hematólogo pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, en los diagnósticos oncológicos y hematológicos de menores de 18 años; certificación del médico tratante en los casos de discapacidad o enfermedad catastrófica de niños, niñas y adolescentes del Sisbén 1 y 2; certificación de la autoridad competente tratándose de víctimas de violencia, caso en el cual la exención se extiende hasta que se certifique médicamente la recuperación; registro en el Sisbén en los niveles 1 y 2 para las víctimas del conflicto armado; inscripción en el registro nacional de enfermedades huérfanas; y listado censal para las poblaciones especiales del Régimen Subsidiado. Tratándose de las víctimas contempladas en sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, este Ministerio suministra a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas el listado de beneficiarios, previa suscripción del acuerdo de confidencialidad dispuesto para tal fin. Finalmente, la norma precisa que las demás poblaciones especiales del artículo 2.1.5.1 y los afiliados de oficio al Régimen Subsidiado sin encuesta del Sisbén podrán ser exceptuados del cobro de copagos «solo si la realizan quedando clasificados como población nivel I».

Pregunta 136. ¿Puede condicionarse la prestación del servicio al pago previo del copago?

Respuesta

No, en los términos que a continuación se precisan.

El principio de accesibilidad consagrado en el artículo 2.10.4.3 del Decreto 780 de 2016 dispone que las cuotas moderadoras y los copagos «en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población debido a su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales».

Tratándose de la atención de urgencias, la prohibición es expresa. El artículo 2.10.4.5, al regular el cobro de la cuota moderadora en ese servicio, señala que «en todo caso, no podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias». En el mismo sentido, el literal b) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce el derecho del paciente a recibir la atención de urgencias sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, y el artículo 14 de la misma ley establece que para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

A lo anterior se suman tres reglas de la Ley Estatutaria de Salud que delimitan el alcance del cobro: el principio de continuidad del literal d) de su artículo 6, conforme al cual, iniciada la prestación de un servicio de salud, esta no podrá ser interrumpida por razones administrativas o económicas; el artículo 11, según el cual la atención de los sujetos de especial protección no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica; y el literal p) del artículo 10, que reconoce el derecho del paciente a que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que corresponden a los prestadores y demás intervinientes. En concordancia, el artículo 53 de la Ley 1438 de 2011 prohíbe los mecanismos de pago, de contratación de servicios y las políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o restrinjan su continuidad, oportunidad y calidad.

Debe precisarse, adicionalmente, que el artículo 2.10.4.11 del Decreto 780 de 2016 ordena que, en todo caso, deberá aceptarse el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado, lo que constituye una garantía adicional frente a exigencias de pago acumulado o anticipado.

En consecuencia, el cobro del copago o de la cuota moderadora resulta jurídicamente procedente en los eventos en que la regulación lo autoriza, pero su exigencia no puede operar como condición previa que impida, difiera o interrumpa la prestación del servicio. La evaluación de conductas concretas en este ámbito corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Pregunta 137. ¿Qué reglas aplican a los períodos mínimos de cotización y subsisten hoy para algún servicio?

Respuesta

Los períodos mínimos de cotización, también denominados períodos de carencia, fueron suprimidos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El parágrafo transitorio del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 establece de manera categórica:

> *"A partir del primero de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud".*

En consecuencia, a partir de dicha fecha no subsiste período mínimo de cotización alguno como condición de acceso a los servicios y tecnologías en salud, cualquiera que sea el servicio de que se trate, incluidos los de alto costo. Esta conclusión resulta concordante con el modelo de cobertura basado en exclusiones expresas que consagra la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y con el artículo 14 de la misma ley, conforme al cual para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa.

Resulta necesario, sin embargo, distinguir dos materias que no deben confundirse. Una es el acceso a los servicios de salud, respecto del cual, conforme a lo expuesto, no existe período mínimo de cotización. Otra distinta son las condiciones de causación de las prestaciones económicas, que sí exigen cotización efectiva: cuatro (4) semanas inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, conforme al artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016, y cotización durante el período de gestación para las licencias de maternidad y de paternidad, con reconocimiento proporcional cuando el período cotizado resulte inferior.

Estas últimas condiciones no constituyen períodos de carencia, en tanto no restringen el acceso a la atención en salud, sino que delimitan el supuesto de hecho de una prestación de contenido económico derivada de la calidad de cotizante. Como señala el numeral 2 del numeral 2 del

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

artículo 2.1.1.3 del Decreto 780 de 2016, que define al afiliado, esa calidad otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios y, cuando se cotiza, a las prestaciones económicas.

Pregunta 138. ¿Qué ocurre cuando la entidad exige semanas de cotización no previstas en la norma vigente?

Respuesta

Una exigencia de semanas de cotización como condición de acceso a los servicios y tecnologías en salud carece de fundamento normativo desde el 1 de enero de 2012, por efecto del parágrafo transitorio del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011.

Tratándose de prestaciones económicas, las condiciones de cotización son las expresamente señaladas en la regulación y no admiten ampliación: las cuatro (4) semanas inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad previstas en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016 para la incapacidad por enfermedad general, y la cotización durante el período de gestación para las licencias de maternidad y paternidad, con la regla de proporcionalidad expuesta en el numeral 133. La imposición de requisitos adicionales a los previstos en la norma no encuentra respaldo en el marco regulatorio vigente.

Adicionalmente, el artículo 53 de la Ley 1438 de 2011 prohíbe las políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o restrinjan su continuidad, oportunidad y calidad, y el artículo 2.2.3.4.3 del Decreto 780 de 2016 dispone que, ante el incumplimiento en el pago de las prestaciones económicas, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud para que adelante las acciones a que hubiere lugar.

Conforme ha sido reiterado a lo largo de la presente respuesta, este Ministerio no se pronuncia sobre casos particulares y concretos ni tiene atribuida la facultad de calificar la conducta de los actores del Sistema. La verificación de si una entidad determinada incurrió en una exigencia no prevista en la normativa vigente, así como la adopción de las medidas que correspondan, son competencia de la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

En los términos anteriormente expuestos se atiende su solicitud. Este Ministerio queda atento a suministrar la información adicional que, dentro del ámbito de sus competencias y de conformidad con las disposiciones aplicables, llegare a requerirse.

Cordialmente,

ADRIANA MARCELA CABALLERO OTALORA
SUBDIRECTORA DE COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD (E)

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Elaboró: Jsalamancar Wmontana
_____

Revisó: GPerezM

Aprobó: Acaballero_____

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020