

Información para Afiliados Emssanar en el Régimen Contributivo / Movilidad

Resolución 2635 2014 de Ministerio de Salud y Protección Social
Versión 03.02.2016 GEPS-GCRC-01

Empresa Solidaria de Salud



¡ Siempre cerca de Usted !

PRESENTACIÓN

Señor Afiliado:

Para Emssanar ha sido grato cuidar su salud y la de su familia, trabajando en la región suroccidente colombiana. Nuestro deseo continuo es garantizar los servicios de salud para usted y su familia a los que tiene derecho en el Sistema General de Salud y Seguridad Social en Colombia a través del Régimen Subsidiado.

Con el derecho a la movilidad usted podrá cambiar de régimen de afiliación (subsidiado o contributivo) sin necesidad de cambiar de **EPS**. De esta manera el acceso a los servicios de salud será continuo sin necesidad de suspender o postergar.

Este documento se ha creado con el fin de orientarle a usted y su familia, para que puedan acceder de manera oportuna a los beneficios en salud a los que tienen derecho. Conozca aquí: proceso de afiliación, deberes y derechos del afiliado, coberturas del Plan Obligatorio de Salud - POS, régimen de COPAGO, procedimiento para movilidad entre regímenes en Emssanar y la Red de Prestadores de Servicios de Salud contratada para usted. También encontrará los mecanismos establecidos para comunicarse con nosotros, los aspectos de participación comunitaria y los contactos con las entidades que le prestan ayuda para exigir el cumplimiento de sus derechos en salud.

Los contenidos de este documento están reglamentados en *Resolución 4343 de 2012, Resolución 5521 de 2013, que actualiza integralmente el POS, Circular 0068 de 2014, Circular 0016 de 2013* y demás normatividad vigente. Cuando la normatividad exija realizar cambios a este documento, en primera instancia se realizará la respectiva actualización en el portal web de Emssanar www.emssanar.org.co y posteriormente en la versión impresa.

Esperamos que este documento sea una guía para acceder a los servicios de salud a los que Usted y su familia se han hecho beneficiarios a través de **Emssanar ESS**.



Carlos Fajardo Pabón
Gerente General
Emssanar ESS

Tabla de Contenido

	Pag.
1. Información General Adicional	5
1.1 Glosario	5
2. Cuotas Moderadoras y Copagos Régimen Contributivo ..	6
2.1 Cuotas Moderadoras	6
2.2 Copagos	7
3. Pago de Aportes al Sistema en el Régimen Contributivo	10
3.1 Fecha Limite para el pago de aportes	10
3.2 Medios de pago de Aportes	11
3.2.1 Cinco pasos para diligenciar la PILA	11
4. Deberes de los Empleadores y Aportantes	13
5. Beneficios adicionales	14
6. Valor UPC adicional	15
7. Reconocimiento de las prestaciones económicas	17
7.1 Pasos para solicitar el pago de prestaciones económicas en Emssanar	22

1. Información Para Afiliados del Régimen Contributivo de Emssanar

(Responde a Resolución 4343 de 2012, Capítulo II, Artículo 4)

1.1 Glosario

UPC ADICIONAL: Es el valor que el cotizante debe pagar por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC), por cada uno de los beneficiarios adicionales que tenga inscritos en la afiliación al Plan Obligatorio de Salud, que no hagan parte de su grupo familiar básico.

BENEFICIARIOS: Son los miembros del grupo familiar del cotizante (cónyuge o compañero, hijos o padres, en caso de ser soltero).

COTIZANTES: Son las personas que hacen aportes como trabajadores dependientes o como trabajadores independientes o pensionados - jubilados.

COPAGO: Es el aporte del usuario (beneficiario) que corresponde a una parte del servicio solicitado y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud.

CUOTA MODERADORA: Es el aporte del usuario (cotizante o beneficiario) que regula la utilización de los servicios de salud y estimula su buen uso, promoviendo, así, la inscripción en los programas de atención integral de las IPS.

ATEP: Accidente de trabajo o enfermedad profesional.

IBC: Ingreso Base de cotización.

PILA: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

ARL: Administradora de Riesgos Laborales.

2. Cuotas Moderadoras y Copagos según Régimen contributivo

(Responde a Resolución 4343 de 2012, Capítulo II, Artículo 4, ÍTEM 5)

Las cuotas moderadoras y los Copagos, son aportes que los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- del régimen contributivo deben realizar con el propósito de regular la utilización del servicio de salud, estimular el buen uso y ayudar a financiar el mismo.

2.1 Cuotas Moderadoras.

Es un aporte que deben realizar cotizantes y beneficiarios afiliados, al utilizar cualquiera de los siguientes servicios:

- Consultas (externa, paramédica, odontológica, de medicina alternativa aceptada y con médico especialista).
- Fórmula médica para tratamientos ambulatorios.
- Exámenes de laboratorio y de diagnóstico por imagenología ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.
- Radiografías de tratamiento ambulatorio, esto es Imagenología
- Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud. Atención en el servicio de urgencias cuando el evento no sea caracterizado como urgencia vital.

Valor de la cuota moderadora 2016:

CUOTAS MODERADORAS			
(Deben pagarlas tanto COTIZANTES como BENEFICIARIOS)			
CATEGORÍA	INGRESOS	VALOR EN PORCENTAJE	VALOR EN PESOS
A	Personas con Ingresos inferiores a 2 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (inferiores a \$1.378.908)	11.7% de un salario Mínimo Legal Diario Vigente (SMLDV)	\$ 2,700

B	Personas con ingresos entre 2 y 5 SMMLV (de \$1.378.908 a \$3.447.270)	46.1% de un SMLDV	\$ 10,600
C	Personas con ingresos superiores a 5 SMMLV (más de \$3.447.270)	121,5% de un SMLDV	\$ 27,900

2.2 Copagos.

Es el aporte en dinero que hacen únicamente los afiliados beneficiarios y que corresponde a un porcentaje del valor del servicio. Se aplica copagos a todos los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, a excepción de lo estipulado en el acuerdo 260 artículo 7:

- Servicios de promoción y prevención.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- La atención inicial de urgencias.
- Los servicios sujetos a pago de cuotas moderadoras.

Valor de los Copagos en 2016:

CAT.	SMMLV	VALOR MÁXIMO POR AÑO USUARIO	VALOR MÁXIMO POR EVENTO	PORCENTAJE MÁXIMO POR SERVICIO
A	Menor a 2 SMMLV	\$396.437	\$197.874	11.5%
B	Entre 2 y 5 SMLMV	\$1.585.747	\$792.873	17.3%
C	Más de 5 SMLMV	\$3.171.493	\$1.585.747	23%

SMMLV: Salario mínimo mensual legal vigente

Ingreso base para la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos. Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se considerará como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos, el menor ingreso declarado. (Acuerdo 260 de 2004. Artículo 4º).

Exoneraciones de cuotas moderadoras y copagos. Se aplicará lo definido en la Circular No. 0016 de 2014, sobre poblaciones exentas

conforme al Acuerdo 260 de 2004 y leyes especiales expedidas con posterioridad.

Los grupos poblacionales exentos del pago de cuotas moderadoras y copagos son:

Las personas con discapacidad mental que tienen derecho a los servicios de salud de manera gratuita, a menos que su patrimonio directo o derivado de la prestación alimentaria, le permita asumir tales gastos (Ley 1306 de 2009, artículo 12).

Los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010:

- La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente.
- La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco- Hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios.
- La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el literal anterior y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.
- Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas (Ley 1412 de 2010).
- Los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios (Ley 1438 de 2011).
- Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física, mental y atención integral hasta que se certifique médicamente su recuperación (Ley 1438 de 2011).
- Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física, mental y atención integral, sin im-

portar su régimen de afiliación, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas (Ley 1438 de 2011).

- Las víctimas del conflicto armado interno en los términos, y las pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, , que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2, en todo tipo de atención en salud que requieran. En caso de no hallarse afiliadas a ningún régimen, tendrán que ser afiliadas en forma inmediata al régimen subsidiado (Ley 1448 de 2011, Decreto-ley 4635 de 2011).
- Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido (Ley 1438 de 2011, Ley 1618 de 2013).
- Las víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, respecto de los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisonomía y funcionalidad de las zonas afectadas (Ley 1438 de 2011, artículo 5° de Ley 1639 de 2013).

La **NO** cancelación de cuotas moderadoras o copagos, no será causal para no permitirle acceder a los servicios médicos.

3. Pago de Aportes al Sistema en el Régimen Contributivo

Aportante es la persona natural o jurídica que tiene la obligación de realizar aportes correspondientes a las entidades promotoras de salud, administradoras de pensiones o riesgos profesionales. Puede ser un empleador, un trabajador independiente, rentistas de capital y demás personas que tengan capacidad de contribuir al financiamiento del Sistema.

3.1 Fechas límite para el pago de aportes.

Las fechas para el pago de las cotizaciones están definidas en el Decreto 1670 de 2007 y dependen de los dos últimos dígitos del Número de Identificación Tributaria (NIT) del aportante o de la cédula de ciudadanía en el caso del trabajador independiente.

Número de trabajadores (DOS ÚLTIMOS DÍGITOS C.C)			
DÍA HÁBIL DE VENCIMIENTO	INDEPENDIENTES	EMPLEADORES CON MENOS DE 200 TRABAJADORES	EMPLEADORES CON MÁS DE 200 TRABAJADORES
1	00 al 07	00 al 08	00 al 10
2	08 al 14	09 al 16	11 al 23
3	15 al 21	17 al 24	24 al 36
4	22 al 28	25 al 32	37 al 49
5	29 al 35	33 al 40	50 al 62
6	36 al 42	41 al 48	63 al 75
7	43 al 49	49 al 56	76 al 88
8	50 al 56	57 al 64	88 al 99
9	57 al 63	65 al 72	
10	64 al 69	73 al 79	
11	70 al 75	80 al 86	
12	76 al 81	87 al 93	
13	82 al 87	94 al 99	
14	88 al 93		
15	94 al 99		

3.2 Medios de pago de Aportes.

Los aportes se deberán realizar a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA. Esta herramienta electrónica le permitirá liquidar los aportes al Sistema General de Seguridad Social integral (salud, pensión, riesgos profesionales y aportes parafiscales).

CINCO PASOS PARA DILIGENCIAR LA PILA

A. Inscribese. Inscriba a la empresa en caso de ser empleador o inscribese usted, si es trabajador independiente, en uno de los 21 operadores de información autorizados para brindarle el servicio. Los operadores son entidades autorizadas para gestionar el trámite de la planilla y acompañarle durante el proceso.

La lista de operadores de información la puede consultar en la página web <http://www.ugpp.gov.co/parafiscales/operadores-de-informacion.html>

Por ejemplo:

Asopagos: www.asopagos.com

SOI: www.nuevosoi.com.co

B. Diligencie la planilla. Primero debe registrar todos sus datos (esto solo será necesario la primera vez) y luego consignará la información de sus empleados.

Tenga en cuenta que hay dos modalidades para diligenciar la planilla.

La primera es de forma electrónica y se hace a través de la página web de los operadores como asopagos ingresando al vínculo: www.asopagos.com Allí está el paso a paso para llevar a cabo el pago. Recuerde que para esto su cuenta bancaria debe tener habilitada la posibilidad de hacer estas transacciones.

La segunda modalidad es la forma asistida vía telefónica (sólo se aplica para empresas de 30 o menos trabajadores o para independientes). Para esto puede utilizar operadores como SOI y acceder al siguiente vínculo. www.nuevosoi.com.co o llamar a la línea gratuita nacional **01 8000 110 764**, en este caso, un asesor del operador de información diligenciará por usted la planilla y le dará un código o pin y podrá dirigirse a uno de los bancos para hacer el pago correspondiente.

En cualquiera de las dos modalidades sólo es necesario llenar la planilla una vez, ya que cada mes el sistema genera automáticamente el formato con los aportes que usted debe hacer y a qué entidades.

C. Verifique ya confirme. Una vez hecho el registro, el sistema hace el cálculo y usted sólo debe verificar y confirmar. Los aportes son:

En el caso de los trabajadores independientes, éstos sólo hacen aportes a fondos de pensión y salud, porque la vinculación a ARL es voluntaria, al igual que a caja de compensación.

Luego de rectificar que todos los aportes sean correctos, autorice el pago.

D. Autorice el pago. Luego de rectificar que todos los aportes sean correctos, autorice el pago. Si es de forma electrónica el sistema debita de su cuenta el pago de los aportes y consigna el valor correspondiente a cada entidad. En caso de hacer el aporte de forma asistida, el asesor le dará el código para realizar el pago en uno de los bancos autorizados.

12 **E. Repita el proceso cada mes.** Adelante los pagos según las fechas límite establecidas para empresas o independientes punto 3.1 de esta cartilla, después de autorizar el pago, las entidades que reciben los recursos le envían una certificación que respalda sus aportes. Al siguiente mes sólo necesitará autorizar el pago para que se haga de forma automática. No olvide que además de autorizar el pago, debe verificar la información y si tiene novedades como retiro incluirlas.

PÁG

NOTA: Si Usted es trabajador independiente y teniendo novedad de retiro no la marca, se continuará generando el cobro de los aportes, lo cual puede llegar hasta cobros jurídicos y embargos.

4. Deberes de los Empleadores y Aportantes.

Los empleadores deberán:

- Afiliar a una EPS a todas las personas con quienes tengan vinculación laboral, sea verbal o escrita, temporal o permanente.
- Contribuir al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante acciones como las siguientes:
- Pagar oportunamente los aportes que le corresponden.
- Descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio.
- Autoliquidar oportunamente y generar los aportes a la entidad promotora de salud, de acuerdo a la reglamentación que expida el gobierno (PILA).
- Informar las novedades laborales de sus trabajadores a la EPS en materias tales como el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores.
- Garantizar un medio ambiente laboral sano que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y la observancia de las normas de seguridad y salud en el trabajo.

El **artículo 123 de la Ley 1438 de 2011** señala que la Unidad Administrativa de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales (UGPP), verificará que los empleadores y las personas obligadas a cotizar en el Sistema de Salud cumplan sus deberes. Tiene facultad de imponer multas hasta de mil salarios mínimos mensuales a favor de la subcuenta del Fosyga, en caso de comprobarse incumplimiento.

13

PÁG

5. Beneficiarios adicionales.

Son aquellas personas que el cotizante desee afiliar como beneficiarios, y que no pertenecen a su grupo familiar básico, pueden ser parientes de tercer grado de consanguinidad (padres en concurrencia de hijos, abuelos, sobrinos, nietos, hermanos, tíos), menores de 12 años sin parentesco que dependan económicamente del cotizante; hijos entre 18 y 25 años que no estén estudiando tiempo completo o que no sufran discapacidad, o hijos mayores de 25 años que no sufran discapacidad. Para garantizar el acceso a los servicios, el cotizante deberá aportar una UPC Adicional por cada beneficiario adicional.

6. Valor UPC Adicional.

Es el valor adicional que debe pagar todo cotizante cuando afilia a una persona dependiente económicamente de él y que no pertenece a su grupo familiar básico. El valor a pagar depende del sexo, la edad y la ubicación geográfica de las personas, de acuerdo con la tabla que expide el Ministerio de Salud y Protección Social. Este valor deberá ser asumido por el cotizante mensualmente.

El valor de la UPC la establece el Gobierno anualmente:

Tarifas año 2016:

Grupo Etario	Grupos de edades	Valor Zona Normal * (Vr. Mes)	Valor Zona Especial * (Vr. Mes)	Valor Ciudades, Capitales, Municipios Conurbanos** Vr Mes	SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
1	Menores de un año	\$ 189.600	\$ 208.400	\$ 208.100	\$ 260.700
2	De 1 a 4 años	\$ 62.300	\$ 68.300	\$ 68.200	\$ 85.100
3	De 5 a 14 años	\$ 23.100	\$ 25.200	\$ 25.200	\$ 31.100
4	De 15 a 18 años (H)	\$ 22.100	\$ 24.100	\$ 24.100	\$ 29.700
5	De 15 a 18 años (M)	\$ 33.700	\$ 36.900	\$ 36.900	\$ 45.800
6	De 19 a 44 años (H)	\$ 37.700	\$ 41.300	\$ 41.300	\$ 51.300
7	De 19 a 44 años (M)	\$ 68.300	\$ 74.900	\$ 74.800	\$ 93.400
8	De 45 a 49 años	\$ 67.500	\$ 74.100	\$ 74.000	\$ 92.400
9	De 50 a 54 años	\$ 85.600	\$ 93.900	\$ 93.800	\$ 117.200
10	De 55 a 59 años	\$ 104.200	\$ 114.400	\$ 114.200	\$ 142.900
11	De 60 a 64 años	\$ 133.500	\$ 146.600	\$ 146.400	\$ 183.300
12	De 65 a 69 años	\$ 165.500	\$ 181.900	\$ 181.600	\$ 227.500
13	De 70 a 74 años	\$ 198.200	\$ 217.500	\$ 217.500	\$ 272.500
14	De 75 y mas años	\$ 248.500	\$ 273.200	\$ 272.800	\$ 342.000

Versión 03.02.2016 GEPS-

Valores aproximados a la centena más cercana. Art. 10 Decreto 1406 de 1999.

Régimen Contributivo 2014 - Resolución 5522 27 de diciembre de 2013

ZONA ESPECIAL: Comprende los municipios y corregimientos departamentales de: Antioquia, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Huila, La Guajira, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Arauca, Risaralda, Casanare, Putumayo, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada. Se exceptúan las ciudades de: Arauca, Florencia y Yopal con sus respectivas áreas de influencia, Riohacha, Sincelejo y Villavicencio.

GRANDES CIUDADES Y CONURBANOS: Comprende las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cúcuta, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Providencia, Riohacha, San Andrés, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.

7. Reconocimiento de las prestaciones económicas.

El afiliado cotizante, dependiente o independiente, tendrá derecho a ausentarse o reducir su jornada de trabajo durante un tiempo determinado, por indicación médica u odontológica profesional, certificada por el profesional de salud adscrito a la EPS, previo cumplimiento con el pago oportuno, semanas completas e ininterrumpidas de cotización al sistema y requisitos específicos que exige la normatividad legal vigente al empleador tendrá derecho a solicitar el reconocimiento del subsidio por incapacidad temporal enfermedad general o licencias de maternidad.

TIPO	DEFINICIÓN	EN LOS CASOS DE	RESPONSABLE
INCAPACIDADES	CUANDO EL TRABAJADOR COTIZANTE ESTÁ INHABILITADO EN SU CAPACIDAD FÍSICA O MENTAL PARA EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO HABITUAL O ACTIVIDAD LABORAL QUE NORMALMENTE REALIZA, EL MÉDICO Y ODONTÓLOGO EMITIRÁ UN CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y DETERMINARÁ EL ORIGEN DE LA MISMA.	ENFERMEDAD GENERAL	EPS DESPUÉS DEL SEGUNDO DÍA
		ACCIDENTE DE TRABAJO	ARL
		ENFERMEDAD PROFESIONAL	ARL
LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD	LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA GRINDA ESPECIAL PROTECCIÓN A LA MUJER TRABAJADORA EM ESTADO DE EMBARAZO Y AL RECIÉN NACIDO, EXTENSIVO AL PADRE.	LICENCIA DE MATERNIDAD	EPS REVISAR CONDICIONES
		LICENCIA DE PATERNIDAD	EPS REVISAR CONDICIONES

A. INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL

Incapacidad es la situación de inhabilidad temporal o permanente a nivel físico o mental de un trabajador, para desempeñar sus labores por causa de enfermedad no profesional (Art. 277 Código Sustantivo del Trabajo).

El trámite de reconocimiento de incapacidad y/o licencia debe ser adelantado directamente por el aportante ante la EPS. Para el reconocimiento económico de las incapacidades por enfermedad general se requiere:

- Ser afiliado cotizante dependiente o independiente.
- Cumplir con 4 semanas mínimas de cotización de forma completa e ininterrumpida (Decreto 783 de 2000, Artículo 9).
- Los dos primeros días de incapacidad son a cargo del empleador (Decreto 2943 de 2013)

¿Quién reconoce el subsidio económico y en qué proporción? Los primeros 2 días serán reconocidos por el empleador. A partir del tercer día y hasta el día 180 el reconocimiento económico estará a cargo de la EPS, en las siguientes proporciones:

DIAS	VALOR A RECONOCER SEGÚN IBC*	PERIODO MÍNIMO DE COTIZACIÓN
2 primeros días	La EPS no hace reconocimiento económico (Dcto 2943/13)	
Desde el 3er día hasta el día 90	Se reconoce a las 2/3 partes del IBC reportado en el mes anterior (66,66%) (Art 227 CST)	Cotizar ininterrumpidamente 4 semanas (Dcto 047/2000)
Desde el día 91 hasta 180	Se reconoce a la mitad del IBC (50%)	
A partir del día 181 y hasta el día 540	Reconocimiento económico a cargo de la Administradora del Fondo de Pensiones	

Las EPS determinarán en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral, calificará el grado de invalidez y origen; si el afiliado no está de acuerdo debe manifestarlo en los 10 días siguientes y la EPS debe remitir a la Junta Regional en los 5 días siguientes. La Junta decidirá en 5 días hábiles.

En los casos de accidente o enfermedad común con concepto favorable de rehabilitación, la EPS deberá emitir el concepto antes de cumplirse el día 120 de incapacidad y enviarlo antes del día 150 a cada una de las AFP donde esté el afiliado. Si la EPS no expide el concepto favorable de rehabilitación y hubiere lugar al mismo, entonces deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los 180 días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el concepto (Circular0013 de 2012, Ministerio de Salud y Protección Social).

B. LICENCIA DE MATERNIDAD

La licencia iniciará desde el día que la madre empiece efectivamente a disfrutar del descanso preparto (hasta 14 días antes del parto) y se extenderá hasta completar el tiempo total de la misma (14 semanas), con todas las consideraciones adicionales de que trata la Ley 1468 de 2011. En la determinación del tiempo de descanso preparto, prevalecerá el criterio médico, siendo de imperiosa observancia el goce de la semana anterior a la fecha probable del parto.

Reconocimiento de la licencia de maternidad en caso de aborto o parto prematuro no viable. La trabajadora que en el curso del embarazo sufra un aborto o parto prematuro no viable, tiene derecho a una licencia de dos o cuatro semanas, siendo el tiempo máximo hasta 28 días, remunerada con el salario que recibía en el momento de iniciarse el descanso.

Para disfrutar de la licencia, la trabajadora debe presentar al Empleador un certificado médico con lo siguiente:

- La afirmación de que la trabajadora ha sufrido un aborto o parto prematuro no viable, indicando el día en que haya tenido lugar.
- La indicación del tiempo de reposo que necesita la trabajadora.

LICENCIA DE MATERNIDAD			
LICENCIA	RECONOCIMIENTO ECONÓMICO		PERIODO MÍNIMO DE COTIZACIÓN
	SEMANAS	VALOR A RECONOCER IBC*	
Preparto (**) NOTA: Obligatoriamente se debe tomar UNA (1) semana anterior al parto.	1 ó 2 semanas	100% del IBC reportado a la fecha de inicio de la Licencia	Período de cotización sin interrupción durante todo el período de embarazo (1)

Versión 03.02.2016 GEPS-

Licencia Postparto(**)	14 semanas.*** En caso de ser parto múltiple se adicionan 2 (dos) semanas	100% del IBC reportado a la fecha de inicio de la Licencia	Pago de cotización sin interrupción durante todo el período de embarazo (1)
Parto prematuro	12 semanas más la diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término	100% del IBC reportado a la fecha de inicio de la Licencia	Pago de cotización sin interrupción durante todo el período de embarazo (1)
Aborto, parto con criatura no viable	Hasta 4 semanas	100% del IBC reportado a la fecha de inicio de la Licencia	Pago de cotización sin interrupción durante todo el período de embarazo
Adopción	14 semanas	100% del IBC reportado a la fecha de inicio de la Licencia	Periodo de cotización sin interrupción por 38 semanas o más

PARA COTIZANTES INDEPENDIENTES, que no cumplan con el período mínimo de cotización y cuyo ingreso base de cotización sea igual o inferior a un salario mínimo (**1 SMMLV**), la licencia de maternidad será reconocida proporcionalmente bajo la relación de días cotizados con el período de gestación (Acuerdo 414 /2009)

(**) Ley 1468 de 2011

(***) Preparto + postparto máximo 14 semanas, Si no se disfrutó de licencia preparto, la licencia de maternidad podrá ser expedida únicamente por 13 semanas.

Licencia al padre por fallecimiento de la madre. La licencia de que trata el numeral 6° del artículo 236 del Código Sustantivo del trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 1468 de 2011, deberá ser reconocida en los siguientes términos: Se hará por la EPS o Entidad Obligada a Compensar a la que se encuentre afiliado el padre del menor, reconocimiento que se efectuará en el Ingreso Base de Cotización con que éste venga efectuando las cotizaciones al Sistema de Salud y por el tiempo que falte de la licencia otorgada a la madre cotizante fallecida. El padre deberá acreditar su condición, con la presentación del registro civil de nacimiento del menor.

C. LICENCIA DE PATERNIDAD

Los afiliados al Sistema de Salud, dependientes e independientes, de conformidad con lo establecido en el párrafo 1° del artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley

1468 de 2011, tendrán derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad, para lo cual, el empleador o trabajador independiente deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la **EPS o EOC (Empresas Obligadas a Compensar)**.

LICENCIA DE PATERNIDAD		
RECONOCIMIENTO ECONÓMICO		PERIODO MÍNIMO DE COTIZACIÓN
DÍAS	VALOR A RECONOCER SEGÚN IBC*	
8 días hábiles	100% del IBC reportado a la fecha de inicio de la Licencia	Pago de cotización sin interrupción durante todo el período de embarazo

C. ACCIDENTE DE TRABAJO

Se refiere a todo evento repentino que se ocasione trabajando (bajo órdenes o autoridad de un empleador), dentro o fuera del lugar u horario de trabajo y que produzca una lesión orgánica, perturbación funcional, invalidez o muerte.

El reconocimiento del subsidio en este caso está a cargo de la ARL (Administradora de Riesgos Laborales) en la cual se encuentra afiliado su empleador, quien asume el valor económico al 100%. Tenga en cuenta que si no se reporta el accidente de trabajo, la incapacidad será reconocida a partir del cuarto día como enfermedad común y no tendrá derecho al reconocimiento del 100% de su incapacidad, por parte de su ARL. El primer día a cargo del empleador - del día 2 al 540 a cargo de la ARL.

D. ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Las personas que sean víctimas de accidentes de tránsito ocurridos dentro del territorio nacional, tendrán derecho a los servicios y prestaciones de acuerdo a los amparos del SOAT, establecidos por definición legal, medidos por factores de Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes (SMLDV).

E. ENFERMEDAD PROFESIONAL

Se entiende por enfermedad profesional todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea por agentes físicos, químicos o biológicos (art. 200 CST).

El subsidio económico por incapacidad temporal es financiado por la ARL quien asume el valor económico por el 100%. El cargo del subsidio económico a que tiene derecho el trabajador por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional (ATEP), se distribuye así: El primer día a cargo del empleador - del día 2 al 540 a cargo de la ARL.

F. TRÁMITE

Para el pago de las prestaciones económicas se debe tener en cuenta que según lo dispuesto en el *artículo 24 del Decreto 4023 de 2011*, desde el 01 de agosto de 2012, los Aportantes y trabajadores independientes no podrán deducir de las cotizaciones en salud los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad. Desde esa fecha, el reconocimiento se hará a través de transferencia electrónica a su cuenta bancaria, previa presentación de la Cuenta de Cobro.

7.1 Pasos para solicitar el pago de prestaciones económicas en Emssanar

Pasos:

PRIMERO: El trabajador debe entregar al empleador el certificado médico de incapacidad con los soportes (Historia clínica o epicrisis).

SEGUNDO: El empleador / aportante deberá Radicar la Solicitud de reconocimiento de prestaciones económicas en **EMSSANAR EPS**, En las oficinas de Atención al usuario – Modulo Afiliaciones Contributivo

Para solicitar reconocimiento de incapacidad temporal se debe radicar: Historia clínica o epicrisis (cuando aplique), Certificado de incapacidad, certificación bancaria del aportante (empleador).

Para solicitar reconocimiento de licencia de maternidad con parto viable se requiere radicar: Historia Clínica/epicrisis, registro civil de nacimiento, certificado de licencia de maternidad, certificación bancaria del aportante.

Para solicitar reconocimiento de licencia de paternidad se requiere radicar, registro civil de nacimiento, certificación bancaria del aportante.

TERCERO: Si la solicitud cuenta con los soportes legibles y completos, pasa a etapa de auditoría, de lo contrario se rechaza.

CUARTO: Pasada la etapa de Auditoria, en un término no superior a 15 días se emitirá oficio al correo registrado por el aportante, informado la aprobación o negación de la solicitud de incapacidad o licencia de maternidad, en caso de negación, se notificará la causal de rechazo.

QUINTO: Si la Solicitud fue aprobada en etapa de Auditoria, pasa a pago, la cual será pagada en la cuenta reportada en la certificación bancaria, en un plazo máximo de 10 días. Si la certificación bancaria no es válida o el portal bancario rechaza la transferencia, se notifica al aportante para que rectifique la cuenta y se pueda continuar con el pago. Si el aportante no posee cuenta bancaria, éste deberá solicitar el pago por cheque.

Requisitos:

A. El trabajador que solicita reconocimiento de incapacidad, debe estar afiliado en calidad de cotizante en Emssanar ESS Régimen Contributivo – movilidad. *Decreto 3047 de 2013.*

B. Emssanar EPS reconoce incapacidades temporales por enfermedad general y accidentes de tránsito, que superen los dos días de incapacidad, se exceptúa el reconocimiento de aquellas solicitudes que competen a **ARL o AFP**.

C. El trabajador debe estar activo laboralmente al momento de solicitar la incapacidad temporal del médico.

D. El trabajador debe haber cotizado en la **EPS** mínimo cuatro semanas previas ininterrumpidas a la fecha de inicio a la incapacidad temporal.

E. El aportante debe estar al día en el pago de aportes del trabajador, por lo tanto, si la incapacidad se presenta en un periodo de no pago, esta no será reconocida. En caso de ser rechazada por este concepto, el aportante deberá ponerse al día en las cotizaciones y volver a radicar la solicitud de prestaciones económicas.

F. La incapacidad debe ser otorgada por una **IPS** de la **Red de Emssanar EPS** y deberá coincidir el médico que emite la historia clínica o epicrisis con aquel que suscribe la incapacidad.

G. Emssanar EPS no requiere ni expide transcripciones de incapacidades, por cuanto el proceso es auditado por médico laboral.



Marcando las 24 horas del día a los teléfonos:

(2) 385 02 12

Cauca - Valle

(2) 733 68 89

Nariño - Putumayo

Desde su casa:

- Actualice sus datos
- Consulte cual es su IPS
- Conozca el estado de las autorizaciones
- Cómo afiliarse a Emssanar
- Cómo acceder al servicio

Afiliación Régimen Contributivo
Whatsapp 317 231 3309


VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 4837000 - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000 513700

www.emssanar.org.co
SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO
018000 129393