



R3DkODE-39

R4D1C4D0_1
R4D1C4D0_2
R4D1C4D0_3
Consulte su trámite en:
L1NK
C0DV3R

QR00D1G0

ASUNTO: Concepto sobre el proceso de transcripción y pago de Incapacidades
Radicado MSPS 2025423004870682 ID 1535674
Radicado Ministerio de Trabajo 11EE2025725000100005623 de 2025

Respetado señor:

Procedente del Ministerio del Trabajo, hemos recibido su comunicación, en la cual se plantean una serie de interrogantes relacionados con la transcripción de incapacidades emitidas a través de convenios de Plan Complementario de Salud. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

La consulta que se resuelve a través del presente concepto, se plantea de la siguiente manera:

“La presente tiene como finalidad elevar una consulta formal en relación con el procedimiento y responsabilidades derivadas de las incapacidades médicas emitidas por entidades que prestan servicios a través de un convenio de plan complementario de salud, sin ser EPS del régimen contributivo.

*En el desarrollo de las relaciones laborales de nuestra organización, se han presentado diversas situaciones con incapacidades generadas por dicha entidad, las cuales requieren ser transcritas por la EPS correspondiente para que puedan ser reconocidas y pagadas conforme a lo establecido en la normatividad vigente. En razón a ello, nos permitimos formular las siguientes inquietudes:
(...)”*

- **De la transcripción y reconocimiento de incapacidades**

El Decreto 780 de 2016¹ establece los parámetros sobre generalidades de las prestaciones económicas y determinó en el artículo 2.2.3.1.4 la competencia y responsabilidad en la expedición de certificados de incapacidad, de la siguiente forma:

¹ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



“Artículo 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados.

Son competentes para expedir los certificados médicos u odontológicos de incapacidad y de las licencias de que trata este Título, los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el ReTHUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los que deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado.

Los eventos que originan la expedición del certificado en cuanto se derivan del acto médico u odontológico, según se trate, están sujetos a las normas de la ética médica u odontológica y a las responsabilidades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica, en los términos de las Leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.”

Teniendo en cuenta lo anterior, el médico u odontólogo tratante es competente para expedir el certificado de incapacidad o licencias siempre y cuando se encuentre inscrito en el ReTHUS, también los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los cuales deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado. Asimismo, es clara la norma en indicar que las incapacidades están sujetas a las normas de ética médica u odontológica y deben derivar de hechos reales los cuales deben estar consignados en la correspondiente epicrisis e historia clínica.

Respecto de las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, el artículo 2.2.3.3.1 ibidem, indica lo siguiente:

“Artículo 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. *Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:*

1. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.

2. Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalente a 28 días. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.

3. 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.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, numerales a, b, c, d, e y f, y las normas que la modifiquen o regulen. (...)” (subraya fuera de texto)



De acuerdo con lo anterior, es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud o la Entidad Adaptada una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma, o cuando sea validada por la EPS o la Entidad Adaptada, caso en cual, dicha entidad deberá reconocer la prestación económica derivada de la incapacidad por enfermedad general, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016.

Ahora bien, las características mínimas que debe contener un certificado de incapacidad, se encuentran descritas en el artículo 2.2.3.3.2 Ibidem, así:

“ARTÍCULO 2.2.3.3.2 Certificado de incapacidad. El médico u odontólogo tratante, según sea el caso, deberá expedir el documento en el que certifique la incapacidad del afiliado, el cual debe contener como mínimo:

1. Razón social o apellidos y nombres del prestador de servicios de salud que atendió al paciente
2. NIT del prestador de servicios de salud
3. Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada
5. Lugar y fecha de expedición
6. Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad.
7. Grupo de servicios:
 - 01 Consulta externa
 - 02 Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica
 - 03 Internación
 - 04 Quirúrgico
 - 05 Atención inmediata
8. Modalidad de la prestación del servicio:
 - 01: Intramural
 - 02: Extramural unidad móvil
 - 03: Extramural domiciliaria
 - 04: Extramural jornada de salud
 - 06: Telemedicina interactiva
 - 07: Telemedicina no interactiva
 - 08: Telemedicina telexperticia
 - 09: Telemedicina telemonitoreo
9. Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE, vigente
10. Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente
11. Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)
12. Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o

laboral

13. Fecha de inicio y terminación de la incapacidad;

14. Prorroga: Si o No

15. Incapacidad retroactiva:

01 Urgencias o internación del paciente

02 Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y Lugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo

03 Evento catastrófico y terrorista.

16. Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide.

El certificado de incapacidad de origen común deberá ser expedido desde el momento de ocurrencia del evento que origina la incapacidad, salvo los casos previstos en el numeral 15 del presente artículo.

*El médico u odontólogo tratante determinará el periodo de la incapacidad y expedirá el certificado hasta por un máximo de treinta (30) días, los cuales puede prorrogar según su criterio clínico, por periodos de hasta treinta (30) días cada uno.
(...).*

De otra parte, frente a la transcripción de incapacidades, en el entendido que aplica frente a la expedición de una incapacidad por parte de médicos u odontólogos que no se encuentran adscritos a la EPS o Entidad Adaptada del afiliado, el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016, indica:

“Artículo 2.2.3.3.3 Expedición de certificado de Incapacidad de origen común. El certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común debe ser expedido por el médico u odontólogo tratante, debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud — ReTHUS o por profesionales que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional

La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud — ReTHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo 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.

Transcurridos ocho (8) días hábiles sin que la EPS o entidad adaptada haya validado o sometido a evaluación médica al cotizante, estará obligada a reconocer y liquidar la incapacidad dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado de incapacidad expedido por el médico u odontólogo no adscrito a su red, 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 presente Decreto. (subraya y negrilla fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la EPS o Entidad Adaptada tiene la facultad de validar las incapacidades expedidas por médicos u odontólogos no adscritos a la misma, sometiendo en caso de duda a evaluación médica al afiliado antes de ocho (8) días hábiles desde la presentación de la incapacidad, si esto no ocurriera, la EPS se encuentra en la obligación de reconocer y pagar dicha incapacidad. Este proceso de validación es el que comúnmente se conoce como transcripción.

- **Obligación del empleador frente al trámite de incapacidades**

Respecto del trámite de la incapacidad, el Decreto Ley 019 de 2012², en su artículo 121 indica:

“ARTÍCULO 121. Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.

Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia. (Subrayado fuera de texto)

La Ley 1438 de 2011³, dispone frente a la prescripción del derecho que le asiste al empleador para solicitar el reembolso de las prestaciones económicas, lo siguiente:

“ARTÍCULO 28. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador. (Subrayado fuera de texto)

Así las cosas, las anteriores normas, disponen que será el empleador quien adelantará de

² “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.”

³ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.



manera directa ante las Empresas Promotoras de Salud o Entidad Adaptada, los trámites para el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad, y en todo caso, la responsabilidad que le asiste al empleado es informar a su empleador respecto de la existencia de la incapacidad o licencia.

RESPUESTA A LO CONSULTADO

Conforme lo expuesto anteriormente, se da respuesta a la consulta formulada atendiendo cada una de las inquietudes planteadas previa transcripción de las mismas, así:

- 1. ¿Cuál es el procedimiento normativo que se debe seguir para la transcripción de incapacidades emitidas por un plan complementario ante la EPS correspondiente? Agradecemos se precise qué documentos se requieren, plazos y responsables del trámite.***

El procedimiento normativo para la transcripción o validación de incapacidades emitidas por un Plan Complementario de Salud ante la EPS o Entidad Adaptada correspondiente, es el establecido en el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016, conforme al cual la incapacidad por accidente o enfermedad de origen común, expedida por un médico u odontólogo no adscrito a la red de la EPS o Entidad Adaptada, pero debidamente inscrito en el ReTHUS o que se encuentre prestando el servicio social obligatorio, debe ser presentada ante la EPS o Entidad Adaptada a la cual se encuentre afiliado el cotizante dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, acompañando con la solicitud la epicrisis cuando se trate de internación o el resumen de la atención en casos de consulta externa o atención ambulatoria, correspondiendo a la EPS o Entidad Adaptada su validación y el reconocimiento, liquidación y pago de la prestación económica, pudiendo someter al afiliado a evaluación médica por un profesional par en caso de duda y, de no hacerlo dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes, estará obligada a reconocer y pagar la incapacidad dentro de los plazos legales previstos en dicha norma.

- 2. De acuerdo con lo establecido en la normativa actual, entendemos que la responsabilidad inicial de la transcripción recae en el empleador. No obstante, cuando la empresa ha agotado los mecanismos y el trámite no resulta efectivo, ¿es jurídicamente procedente solicitar al trabajador que realice directamente la gestión de transcripción ante su EPS? En caso afirmativo, ¿cuál es el alcance de esa obligación por parte del trabajador?***

El artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012 es claro al establecer que el trámite para el reconocimiento de incapacidades, lo cual incluye la solicitud de transcripción cuando aplique, debe ser adelantado de forma directa por el empleador ante las Entidades Promotoras de Salud o Entidades Adaptadas, razón por la cual y bajo ninguna circunstancia, ese trámite puede ser trasladado al trabajador. De acuerdo con la norma en comento, la única obligación exigible al trabajador es informar oportunamente a su



empleador respecto de la existencia de la incapacidad.

3. ***En aquellos casos en los que el trabajador se niegue a adelantar la transcripción de la incapacidad, y no se cuenta con colaboración efectiva por parte de la EPS ni del mismo trabajador, ¿existe algún recurso, facultad o procedimiento del que pueda hacer uso el empleador para garantizar el reconocimiento y pago de la incapacidad, o en su defecto, proteger su derecho al reembolso?***
4. ***Cuando la incapacidad cumple con todos los requisitos exigidos por la normativa vigente, pero la EPS insiste en negarla sin justificación objetiva, ¿es precedente iniciar un proceso de apelación o reclamación formal ante dicha EPS? De ser así, ¿Cuál es el procedimiento y plazos para hacerlo de manera efectiva?***

Con relación a los interrogantes planteados y en la medida en que estos tienen unidad de materia, se procede a emitir una sola respuesta, así:

El artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 “*Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, prevé lo siguiente:

“(…)

Artículo 121. *Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:*

“(…)

121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.

“(…)

121.3 Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

“(…)”

La Ley 1438 de 2011, en sus artículos 130 y 130A, han previsto algunas conductas que se consideran infracciones contra el Sistema General de Seguridad Social en Salud y ha dotado a la Superintendencia Nacional de Salud de la competencia para investigar e imponer sanciones a quienes incurran en estas, así:

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 130. Infracciones administrativas. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

(...)

6. Incumplir con los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, en especial, con la negociación de los medicamentos, procedimientos, tecnologías, terapias y otros que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

(...)

8. La violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(...)

13. El no reconocimiento, el reconocimiento inoportuno, el pago inoportuno o el no pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(...)”

Artículo 130A. Sujetos de sanciones administrativas. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, serán sujetos de las sanciones administrativas que imponga la Superintendencia Nacional de Salud entre otros los siguientes: Las personas jurídicas sujetas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y particulares que cumplan funciones públicas de forma permanente o transitoria. “

Acorde con lo expuesto, en el caso de que el aportante – empleador o el trabajador mismo presente dificultades en el recobro y pago de las incapacidades, podrá poner en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud tal situación, entidad que en el marco de lo previsto en los artículos 121 y 130 A de la Ley 1438 de 2011, de ser el caso, efectuará las investigaciones y aplicará las sanciones a que hubiere lugar a la EPS o Entidad Adaptada.

Adicionalmente se informa que cuando surge una controversia por el reconocimiento y pago de una prestación económica entre la entidad responsable del pago y el aportante o empleador, esta podrá ser resuelta por la jurisdicción ordinaria en virtud de lo dispuesto en el artículo 622 de la Ley 1564 de 2012 “*Por medio del cual se expide el Código General del Proceso*”, que conoce en sus especialidades laboral y de seguridad social, de las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se



susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras.

5. Finalmente, observamos que, en la mayoría de los casos, la entidad prestadora de servicios complementarios emite incapacidades sin adjuntar historia clínica. Aunque entendemos que, de conformidad con la reglamentación aplicable, las EPS no deberían condicionar el reconocimiento de una incapacidad a la presentación de dicha historia clínica, en la práctica, la omisión de este documento ha sido utilizada por las EPS como causal indirecta de rechazo. En este sentido, ¿cómo debe proceder el empleador para lograr el reconocimiento de la incapacidad cuando la historia clínica no ha sido entregada por la entidad emisora?

Cuando se trata de una incapacidad expedida por un médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la EPS o Entidad Adaptada, se ha previsto su validación o transcripción por parte de las referidas entidades, caso en el cual el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016 ha contemplado que ese certificado de incapacidad para su validación debe presentarse ante la entidad dentro de los 15 días siguientes a su expedición, acompañando la solicitud con la epicrisis en caso de internación, o con el resumen de atención cuando se trate de consulta externa o atención ambulatoria. Al punto, nótese que ninguna disposición normativa ha establecido que para la validación del certificado emitido en las condiciones señaladas anteriormente, debe ir acompañado por la historia clínica del paciente.

Al punto y aclarado lo anterior, si la entidad que garantiza el Plan Complementario de Salud no entrega la epicrisis o el resumen de atención frente a los casos descritos en el párrafo anterior, esto para el trámite de las respectivas incapacidades, ello podrá ser objeto de investigación y sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, toda vez que se está ante una infracción administrativa de las cuales trata el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011. Lo anteriormente indicado también aplica respecto de la EPS o Entidad Adaptada que en el trámite de incapacidades solicite documentos que la norma no ha previsto, como lo sería la historia clínica propiamente dicha. En los anteriores casos, el empleador o trabajador puede formular la queja formal ante dicha superintendencia.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que: “*Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución*”.

Cordialmente,

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

Página | 9