



**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**RESOLUCIÓN NÚMERO 005510 DE 2013**

**( 26 DIC. 2013 )**

Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas por el inciso 2 del artículo 14 del Decreto 1703 de 2002 y el numeral 23 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y,

**CONSIDERANDO:**

Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, pertenecen a los Regímenes especiales y de excepción en salud las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, Ecopetrol y las universidades públicas u oficiales que se acogieron a la Ley 647 de 2001.

Que el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002, establece que cuando la persona afiliada a un régimen de excepción como cotizante o beneficiario, tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador, administrador de pensiones, ella misma o su contratante, según corresponda, deberá efectuar las respectivas cotizaciones al FOSYGA en los formularios y/o mecanismos que para tal fin defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el recaudo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud a favor del FOSYGA de quienes estando afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 o especial, tienen ingresos adicionales sobre los cuales están obligados a cotizar al mencionado Sistema, se realiza a través de dos mecanismos: uno mediante el formato G1 que consiste en el diligenciamiento del mismo y la consignación de los recursos correspondientes, el cual genera dificultades en cuanto a la identificación del recaudo y el otro a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA para lo cual, el aportante o trabajador independiente requiere contactar un operador de información a través del cual se realiza el pago.

Que con el ánimo de superar las dificultades que se presentan con los mecanismos existentes y como quiera que es el FOSYGA el destinatario final de dichos recursos, es necesario adoptar un solo mecanismo que permita el recaudo y pago de aportes en salud directamente, en aras de favorecer su plena identificación, el manejo integral de la información y el cruce de la misma.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

Que así mismo, se hace necesario establecer los términos y condiciones para la solicitud, reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, a cargo del FOSYGA y a favor de quienes están afiliados a los regímenes especial y de excepción y cuentan con ingresos adicionales sobre los cuales están obligados a cotizar.

En mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto adoptar el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes de excepción y especial con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas.

**Artículo 2. Destinatarios.** Las disposiciones señaladas en la presente resolución deberán cumplirse por las personas afiliadas a los regímenes especial y de excepción como cotizante o beneficiario, su empleador, contratante, administrador de pensiones o trabajador independiente, según corresponda.

**Artículo 3. Mecanismo único de recaudo y pago de aportes.** Adóptese el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud establecido en la presente resolución que deberán utilizar los destinatarios a que refiere el artículo anterior.

**Artículo 4. Disposición del mecanismo.** A partir del 1 de enero de 2014, el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA dispondrá a través de su página web [www.fosyga.gov.co](http://www.fosyga.gov.co) el mecanismo único a través del cual se deberán realizar los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud a favor del FOSYGA de aquellos afiliados a los regímenes especial y de excepción con ingresos adicionales por los que deban aportar a dicho sistema.

La información que debe registrar el aportante en el mecanismo único de recaudo, deberá cumplir con las especificaciones técnicas del Anexo No. 1 que hace parte integral de la presente resolución y será responsabilidad directa del aportante la veracidad y calidad de la información reportada.

**Artículo 5. Fecha límite de pago de cotizaciones.** La fecha límite de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, que tengan ingresos adicionales, será la establecida en el Decreto 1670 de 2007, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, según corresponda.

**Artículo 6. Cuenta independiente para el recaudo de aportes.** El administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, recaudará en una cuenta independiente de los demás recursos de dicho Fondo, aquellos recibidos por concepto de cotizaciones sobre los ingresos adicionales de los afiliados a los regímenes especial y de excepción.

**Artículo 7. Devolución de aportes.** Los aportantes podrán solicitar al administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de pago, la devolución de los aportes realizados erróneamente y

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

corresponderá a dicho administrador determinar la procedencia de la devolución de tales aportes.

El administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA contará con un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la solicitud para dar respuesta a la misma y en caso de ser procedente efectuará la devolución de las cotizaciones.

**Parágrafo 1.** Para la solicitud de devolución de cotizaciones realizadas erróneamente, los aportantes deberán cumplir con las estructuras y procedimientos establecidos en el Anexo No. 2 que hace parte integral de la presente resolución.

**Parágrafo 2.** Cuando existan fallos judiciales que ordenen la devolución de aportes no será exigible el término de doce (12) meses.

**Artículo 8.** *Pago de prestaciones económicas.* Las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, esto es, incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad, a favor de quienes realizan cotizaciones al FOSYGA por estar afiliados a los regímenes especial y/o de excepción y tener ingresos adicionales, serán cubiertas por dicho fondo o la entidad que haga sus veces en proporción al Ingreso Base de Cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes.

El pago de las incapacidades por enfermedad general, de las licencias por maternidad y paternidad, se solicitarán por parte del aportante o del trabajador independiente, al administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, para lo cual deberán adjuntar los siguientes documentos:

1. Original de la incapacidad y/o licencia, expedida por la entidad del régimen de especial o de excepción al que pertenece el afiliado.
2. Formulario de pre-liquidación generado por el sistema, suscrito por el representante legal del aportante o por el trabajador independiente.
3. Certificación expedida por el empleador del afiliado al régimen especial o de excepción que tiene ingresos adicionales, en la que conste que dicho empleador no ha recibido ningún pago por este mismo concepto. Quien cotiza al FOSYGA con ingresos adicionales como trabajador independiente no deberá allegar ninguna certificación.
4. Fotocopia del documento de identidad del afiliado o del trabajador independiente.
5. Certificación bancaria original con los datos de la cuenta donde se deben abonar los recursos cuando el solicitante sea el empleador.
6. Cuando la licencia solicitada sea la de fallecimiento de la madre, se deberá allegar adicionalmente el certificado de defunción de la madre fallecida y el Registro Civil de Nacimiento del menor hijo.
7. Cuando la licencia solicitada sea la de paternidad, adicional a los documentos indicados en los numerales del 1 al 5, se deberá anexar el registro civil de nacimiento del menor hijo.

**Artículo 9.** *Término para el pago de las prestaciones económicas.* El administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA tendrá un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la recepción de la documentación completa señalada en el artículo 8 de la presente resolución, para la aprobación y pago de las prestaciones económicas o para la notificación de la glosa en caso de no ser aprobado el mismo.

26 DIC. 2013

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

**Parágrafo.** Para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, verificará que el aportante o trabajador independiente cumpla con la totalidad de los requisitos establecidos en el marco legal vigente del régimen contributivo sobre prestaciones económicas. Las solicitudes serán resueltas bajo los parámetros establecidos en la Resolución 156 de 2004 o la que haga sus veces.

**Artículo 10. Transición.** Una vez dispuesto el mecanismo único de recaudo y pago de aportes por parte del administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, los aportantes o trabajadores independientes solamente podrán utilizar el formulario G1 establecido en la Resolución 1408 de 2002 hasta el 31 de marzo de 2014 y el mecanismo de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA hasta el 30 de junio de 2014.

A partir del 1 de julio de 2014 los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes bloquearan el tipo de cotizante 30 "Dependiente Entidades o Universidades Públicas con régimen especial en Salud".

**Artículo 11. Vigencia.** La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga a partir del 31 de marzo de 2014 la Resolución 1408 de 2002 y demás normas que le sean contrarias.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D.C., a los **26 DIC. 2013**

  
**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social,



Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

### ANEXO 1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA EL RECAUDO DE APORTES

El archivo debe ser delimitado por comas (,), el cual será validado por la malla MAVU

Nombre del archivo:

NOMBRE DEL ARCHIVO	Tipo de datos
Año	AAAA
Mes	MM
Tipo de Documento	NI, CC
IDENTIFICACIÓN	Numero identificación del aportante sin dígito de verificación
COD_SUCURSAL	Número si el aporte no cuenta con sucursal es 0
Tipo de planilla	N, T, H, F, C
Extensión	txt, pak

#### PLANILLA TIPO N / T (Planilla de pago de la vigencia actual-Planilla SGP 4%)

ENCABEZADO				
NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD PERMITIDA	VALORES PERMITIDOS	Tipo de datos	obligatorio
Tipo de registro	1	valor permitido 1 obligatorio	Numerico	X
Tipo planilla	1	N obligatorio	Alfabetico	X
Forma de presentación	1	U: ÚNICO	Alfabetico	X
		S: SUCURSAL Obligatorio		
Nombre o razón social del aportante.	200	Campo obligatorio suministrado por el aportante	Alfabetico	x
Tipo de documento del aportante.	2	El campo alfabético Obligatorio. los valores validos son:	Alfabetico	X
		CC Cédula de ciudadanía		
		CE Cédula de extranjería		
		TI Tarjeta de identidad		
		RC Registro Civil		
		PA pasaporte		
		CD Carne diplomático		
Ni Número de identificación tributaria				
Número de Identificación del aportante.	16	Campo numérico lo suministra el aportante es obligatorio	Numerico	X
Dígito de Verificación	1	Este debe de ser válido de acuerdo con las reglas que para este fin haya definido la DIAN. Es obligatorio	Numerico	X
Clase de aportante.	1	El campo debe ser alfabético obligatorio los valores validos son:	Alfabetico	X
		A= Aportantes con 200 o más cotizantes		
		B= Aportantes con menos de 200 cotizantes I = Independiente.		
Dirección de correspondencia del aportante.	300	El campo debe ser alfanumérico es Obligatorio.	Alfanumerico	X
Código ciudad o municipio.	3	El campo debe ser numérico de longitud fija de 3(sólo se permiten números) de según DANE.	Numerico	X
Código departamento.	2	El campo debe ser alfanumérico longitud fija de 2(sólo se permiten números) de según DANE.	Numerico	X
Teléfono.	7	El campo debe ser un número entero positivo	Numerico	x Vacio

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

Fax.	10	El campo debe ser un número entero positivo	Numerico	X Vacio
Correo electrónico	100	El campo debe ser alfanumérico	Alfanumerico	X
Período de pago (aaaa-mm).	7	Formato Año y Mes (aaaa-mm) obligatorio lo suministra el aportante	Numerico	x
Código Sucursal o de la dependencia.	100	El campo debe de ser alfanumérico longitud opcional	Alfanumero	obligatorio
Nombre de la Sucursal	40	El campo debe de ser alfabético longitud opcional	Alfabetico	X Vacio
<b>CUERPO</b>				
Tipo de registro	1	valor permitido 2 obligatorio	Numerico	X
Tipo de Afiliado	1	El campo debe de ser alfabético los valores permitidos son: Obligatorio I independiente P pensionado D dependiente	Alfabetico	X
Tipo documento del afiliado	2	El campo deber ser alfabético, la longitud debe ser fija los valores permitidos son: CC Cedula de Ciudadania CE Cedula de Extranjeria PA Pasaportes TI Tarjeta de Identidad	Alfabetico	X
No. De identificación del afiliado	30	El campo debe ser numérico no permita el cero "0" al inicio. Obligatorio	Numerico	X
Colombiano residente en el exterior.	1	El campo debe de ser alfabético puede ser blanco ò X.	Alfabetico	X VACIO
Genero	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, los valores permitidos son: Obligatorio M Masculino F Femenino	Alfabetico	X
Primer Apellido	20	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo Obligatorio	Alfabetico	X
Segundo Apellido	30	El campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo opcional	Alfabetico	X VACIO
Primer nombre	20	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Campo obligatorio	Alfabetico	X
Segundo nombre	30	Campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo	Alfabetico	X VACIO

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

		opcional		
Fecha de Nacimientos	25	Formato de fecha DD-MM-AAAA	Numerico	x
Código del departamento del afiliado	2	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de departamentos según el DANE.	Numerico	x
Código del Municipio del afiliado	3	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de municipio según el DANE.	Numerico	x
ING: Ingreso	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
RET: Retiro	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
TDE: Traslado de otras Administradoras	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
TAE: Traslados a otras administradoras	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
VSP: Variación de salario	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
VST: Variación Transitoria del salario	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
SLN: Suspensión temporal del contrato de trabajo o	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
VAC: Vacaciones	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
SUS: Suspensión	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
Días cotizados	Entre 1 -2	Si está diligenciado, el campo debe ser un número entero (mayor que 0) de longitud entre 1 y 2 y el valor debe estar entre 1 y 30. Obligatorio	Numerico	X
Salario básico	9	El campo debe de ser numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio.	Numerico	X
IBC Ingreso Base Cotización	9	(IBC Salud) es numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio.	Numerico	X

#### PLANILLA TIPO F (Planilla de pago Retroactivo)

ENCABEZADO				
NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD PERMITIDA	VALORES PERMITIDOS	Tipo de datos	obligatorio
Tipo de Registro	1	valor permitido obligatorio	Numerico	X
Tipo planilla	1	F obligatorio	Alfabetico	X
Periodo de pago (aaaa-mm)	7	Formato Año y Mes (aaaa-mm) obligatorio lo suministra el aportante	Numerico	x
Nombre o razón social del aportante	200	Campo obligatorio suministrado por el aportante	Alfabetico	x

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

Tipo de documento del aportante	2	El campo alfabético Obligatorio. los valores validos son: CC Cédula de ciudadanía CE Cédula de extranjería TI Tarjeta de identidad RC Registro Civil PA pasaporte CD Carne diplomático NI Número de identificación tributaria	Alfabetico	x
Número de identificación del aportante	16	Campo numérico lo suministra el aportante es obligatorio	Numerico	X
Digito de verificación de aportante	1	Este debe de ser válido de acuerdo con las reglas que para este fin haya definido la DIAN. Es obligatorio	Numerico	X
Teléfono	7	El campo debe ser un número entero positivo	Numerico	x Vacio
Clase de aportante	1	El campo debe ser alfabético obligatorio los valores validos son: A= Aportantes con 200 o más cotizantes B= Aportantes con menos de 200 cotizantes I = Independiente.	Alfabetico	X
Correo Electrónico	200	El campo debe de ser alfanumérico longitud opcional	Alfanumerico	X
Código Sucursal o de la dependencia	100	El campo debe de ser alfanumérico longitud opcional	Numerico	X
Forma de Presentación	1	U: ÚNICO S: SUCURSAL Obligatorio	Alfabetico	X
<b>CUERPO</b>				
Tipo de Registro	1	valor permitido 2 obligatorio	Numerico	X
Tipo de Afiliado	1	El campo debe de ser alfabético los valores permitidos son: Obligatorio I independiente P pensionado D dependiente	Alfabetico	X
Tipo de Documento Afiliado	2	El campo deber ser alfabético, la longitud debe ser fija los valores permitidos son: El campo deber ser alfabético, la longitud debe ser fija los valores permitidos son: CC Cedula de Ciudadanía CE Cedula de Extranjería PA Pasaportes TI Tarjeta de Identidad	Alfabetico	X
No. Identificación afiliado	30	El campo debe ser numérico no permita el cero "0" al inicio. Obligatorio	Numerico	X



Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

Primer Apellido Afiliado	200	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo Obligatorio	Alfabetico	X
Segundo Apellido Afiliado	200	El campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo opcional	Alfabetico	X VACIO
Primer Nombre Afiliado	200	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Campo obligatorio	Alfabetico	X
Segundo Nombre Afiliado	200	Campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo opcional	Alfabetico	X VACIO
Fecha de Nacimiento	25	Formato de fecha DD-MM-AAAA	Numerico	x
Código Departamento	2	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de departamentos según el DANE.	Numerico	x
Código Municipio	3	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de municipio según el DANE.	Numerico	x
No. Días Cotizados	Entre 1 -2	Si está diligenciado, el campo debe ser un número entero (mayor que 0) de longitud entre 1 y 2 y el valor debe estar entre 1 y 30. Obligatorio	Numerico	X
Salario Base	9	El campo debe de ser numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio.	Numerico	X
Ingreso Base Cotización IBC	9	(IBC Salud) es numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio.	Numerico	X
Residente en el Exterior	1	El campo debe de ser alfabético puede ser blanco ò X.	Alfabetico	X VACIO

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

PLANILLA TIPO C (Planilla de Corrección)

ENCABEZADO				
NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD PERMITIDA	VALORES PERMITIDOS	Tipo de datos	obligatorio
Tipo de Registro	1	valor permitido 1 obligatorio	Numerico	X
Tipo planilla	1	C obligatorio	Alfabetico	X
Forma de presentación	1	U: ÚNICO	Alfabetico	X
		S: SUCURSAL		
		Obligatorio		
Nombre o razón social del aportante.	200	Campo obligatorio suministrado por el aportante	Alfabetico	x
Tipo de documento del aportante.	2	El campo alfabético Obligatorio. los valores validos son:	Alfabetico	X
		CC Cédula de ciudadanía		
		CE Cédula de extranjería		
		TI Tarjeta de identidad		
		RC Registro Civil		
		PA pasaporte		
		CD Came diplomático		
NI Número de identificación tributaria				
Número de Identificación del aportante.	16	Campo numérico lo suministra el aportante es obligatorio	Numerico	X
Digito de Verificación	1	Este debe de ser válido de acuerdo con	Numerico	X
		las reglas que para este fin haya definido la DIAN. Es obligatorio		
Clase de aportante.	1	El campo debe ser alfabético obligatorio los valores validos son:	Alfabetico	X
		A= Aportantes con 200 o más cotizantes		
		B= Aportantes con menos de 200 cotizantes		
		I = Independiente.		
Dirección de correspondencia del aportante.	300	El campo debe ser alfanumérico es Obligatorio.	Alfanumerico	X
Código ciudad o municipio.	3	El campo debe ser numérico de longitud fija de 3(sólo se permiten números) de según DANE.	Numerico	X
Código departamento.	2	El campo debe ser alfanumérico longitud fija de 2(sólo se permiten números) de según DANE.	Numerico	X
Teléfono.	7	El campo debe ser un número entero positivo	Numerico	x Vacio
Fax.	10	Campa Numerico opcional	Numerico	x Vacio
Correo electrónico.		Obligatorio El campo debe ser alfanumérico	Alfanumerico	X
Periodo a corregir (aaaa--mm).	7	Formato Año y Mes (aaaa--mm) obligatorio lo suministra el aportante	Numerico	x
Código Sucursal o de la dependencia.	100	El campo debe de ser alfanumérico longitud opcional	Numerico	X
Nombre de la Sucursal o de la	40	El campo debe de ser alfabético longitud opcional	Alfabetico	x Vacio
Número de Radicado a Corregir	20	campo obligatorio radicado de la planilla a corregir	Alfabetico	X
<b>CUERPO</b>				
Tipo de Registro	1	valor permitido 2 obligatorio	Alfabetico	x

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

Tipo documento del afiliado	2	El campo deber ser alfabético, la longitud debe ser fija los valores permitidos son: El campo alfabético Obligatorio. los valores validos son: CC Cédula de ciudadanía CE Cédula de extranjería TI Tarjeta de identidad RC Registro Civil PA pasaporte CD Carne diplomático NI Número de identificación tributaria	Alfabetico	x
No. De identificación del afiliado	30	El campo debe ser numérico no permita el cero "0" al inicio. Obligatorio	Alfabetico	x
Primer Apellido	20	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo Obligatorio	Alfabetico	x
Segundo Apellido	30	El campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo opcional	Alfabetico	Vacio x
Primer nombre	30	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Campo obligatorio	Alfabetico	X
Segundo nombre	30	Campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo opcional	Alfabetico	vacio x
Código del departamento del afiliado	2	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de departamentos según el DANE.	Numerico	x
Código del Municipio del afiliado	3	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de municipio según el DANE.	Numerico	x
Días cotizados	Entre 1 -2	Si está diligenciado, el campo debe ser un número entero (mayor que 0) de longitud entre 1 y 2 y el valor debe estar entre 1 y 30. Obligatorio	Numerico	X
Salario básico	9	El campo debe de ser numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio.	Numerico	X
IBC Ingreso Base Cotización	9	(IBC Salud) es numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio.	Alfabetico	X VACIO
Período de pago (aaaa-mm)	7	Formato Año y Mes (aaaa-mm) obligatorio lo suministra el aportante	Numerico	x
CUERPO/DATOS A CORREGIR				
Tipo documento del afiliado	2	El campo deber ser alfabético, la longitud debe ser fija los valores permitidos son:	Alfabetico	x

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

		CC Cedula de Ciudadania	Alfabetico	x
		CE Cedula de Extranjeria	Alfabetico	x
		PA Pasaportes	Alfabetico	x
		TI Tarjeta de Identidad	Alfabetico	x
		Obligatorio	Alfabetico	x
No. De identificación del afiliado	30	El campo debe ser numérico no permita el cero "0" al inicio. Obligatorio	Alfabetico	x
Primer Apellido	20	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo Obligatorio	Alfabetico	x
Segundo Apellido	30	El campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo opcional	Alfabetico	Vacio x
Primer nombre	30	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Campo obligatorio	Alfabetico	X
Segundo nombre	30	Campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo opcional	Alfabetico	vacio x
Código del departamento del afiliado	2	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de departamentos según el DANE.	Numerico	x
Código del Municipio del afiliado	3	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de municipio según el DANE.	Numerico	x
Días cotizados a corregir	Entre 1 -2	Si está diligenciado, el campo debe ser un número entero (mayor que 0) de longitud entre 1 y 2 y el valor debe estar entre 1 y 30. Obligatorio no puede ser menor al reportado de la planilla a corregir	Numerico	X
Salario básico a corregir	9	El campo debe de ser numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio. No puede ser menor al reportado de la planilla a corregir	Numerico	X
IBC Ingreso Base Cotización a corregir	9	(IBC Salud) es numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio. No puede ser menor al reportado de la planilla a corregir	Alfabetico	X VACIO

#### PLANILLA TIPO H (Planilla SGP 8.5%)

ENCABEZADO				
NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD PERMITIDA	VALORES PERMITIDOS	Tipo de datos	obligatorio
Tipo de registro	1	valor permitido 1 obligatorio	Numerico	X
Tipo planilla	1	N obligatorio	Alfabetico	X
Forma de presentación	1	U: ÚNICO	Alfabetico	X
		S: SUCURSAL		

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

		Obligatorio		
Nombre o razón social del aportante.	200	Campo obligatorio suministrado por el aportante	Alfabetico	x
Tipo de documento del aportante.	2	El campo alfabético Obligatorio. los valores validos son:	Alfabetico	X
		CC Cédula de ciudadanía		
		CE Cédula de extranjería		
		TI Tarjeta de identidad		
		RC Registro Civil		
		PA pasaporte		
Clase de aportante.	1	El campo debe ser alfabético obligatorio los valores validos son:	Alfabetico	X
		A= Aportantes con 200 o más cotizantes		
		B= Aportantes con menos de 200 cotizantes		
		I = Independiente.		
Dirección de correspondencia del aportante.	40	El campo debe ser alfanumérico es Obligatorio.	Alfanumerico	X
Código ciudad o municipio.	3	El campo debe ser numérico de longitud fija de 3(sólo se permiten números) de según DANE.	Numerico	X
Código departamento.	2	El campo debe ser alfanumérico longitud fija de 2(sólo se permiten números) de según DANE.	Numerico	X
Teléfono.	7	El campo debe ser un número entero positivo	Numerico	x Vacio
Fax.	10	El campo debe ser un número entero positivo	Numerico	x Vacio
Correo electrónico		El campo debe ser alfanumérico	Alfanumerico	X
Período de pago (aaaa--mm).	7	Formato Año y Mes (aaaa--mm) obligatorio lo suministra el aportante	Numerico	x
Código Sucursal o de la dependencia.		El campo debe de ser alfanumérico longitud opcional	Alfanumero	obligatorio
Nombre de la Sucursal	40	El campo debe de ser alfabético longitud opcional	Alfabetico	x Vacio
Numero de Radicado	20	Obligatorio número de radicado de la planilla T	Alfabetico	X
<b>CUERPO</b>				
Tipo de registro	1	valor permitido 2 obligatorio	Numerico	X
Tipo de Afiliado	1	El campo debe de ser alfabético los valores permitidos son: Obligatorio I independiente P pensionado D dependiente	Alfabetico	X
Tipo documento del afiliado	2	El campo deber ser alfabético, la longitud debe ser fija los valores permitidos son: CC Cedula de Ciudadanía CE Cedula de Extranjería PA Pasaportes TI Tarjeta de Identidad	Alfabetico	X
No. De identificación del afiliado	30	El campo debe ser numérico no permita el cero "0" al inicio. Obligatorio	Numerico	X

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

Colombiano residente en el exterior.	1	El campo debe de ser alfabético puede ser blanco o X.	Alfabetico	X VACIO
Genero	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, los valores permitidos son: Obligatorio M Masculino F Femenino	Alfabetico	X
Primer Apellido	20	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo Obligatorio	Alfabetico	X
Segundo Apellido	30	El campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo opcional	Alfabetico	X VACIO
Primer nombre	30	El campo debe ser alfabético no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Campo obligatorio	Alfabetico	X
Segundo nombre	30	Campo debe ser alfabético con longitud de 0 a 30 y no debe permitir más de un espacio en blanco seguido. Tampoco se permiten espacios en blanco al principio ni al final. Sólo permite como carácter especial letra "Ñ". Campo opcional	Alfabetico	X VACIO
Fecha de Nacimientos	8	Formato de fecha DD-MM-AAAA	Numerico	x
Código del departamento del afiliado	2	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de departamentos según el DANE.	Numerico	x
Código del Municipio del afiliado	3	El campo debe ser numérico longitud fija, tabla de municipio según el DANE.	Numerico	x
ING: Ingreso	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
RET: Retiro	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
TDE: Traslado de otras Administradoras	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
TAE: Traslados a otras administradoras	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
VSP: Variación de salario	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
VST: Variación Transitoria del salario	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
SLN: Suspensión temporal del contrato de trabajo o	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
VAC: Vacaciones	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO
SUS: Suspensión	1	El campo debe de ser alfabético con longitud de 1, puede ser blanco, X.	Alfabetico	X VACIO

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

---

Días cotizados	Entre 1 -2	Si está diligenciado, el campo debe ser un número entero (mayor que 0) de longitud entre 1 y 2 y el valor debe estar entre 1 y 30. Obligatorio	Numerico	X
Salario básico	9	El campo debe de ser numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio.	Numerico	X
IBC Ingreso Base Cotización	9	(IBC Salud) es numérico, sin centavos, sin comas ni puntos. No puede ser menor que 1 SMLV, obligatorio.	Numerico	X

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

**ANEXO 2  
PROCEDIMIENTO Y ESTRUCTURA PARA DEVOLUCIÓN DE APORTES**

Cada estructura deberá registrarse en el sistema de información según el concepto de la devolución:

- ✓ **DEVOLUCIÓN NO PERTENECER A RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN**
- ✓ **DEVOLUCIÓN POR APORTES DOBLES**
- ✓ **DEVOLUCIÓN POR NO INGRESOS ADICIONALES**
- ✓ **DEVOLUCIÓN RESIDENTE EN EL EXTERIOR**

NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD PERMITIDA	VALORES PERMITIDOS	Tipo de datos	obligatorio
Tipo documento del afiliado	2	El campo debe ser alfabético, la longitud debe ser fija los valores permitidos son:	Alfabetico	x
		CC Cedula de Ciudadanía		
		CE Cedula de Extranjería		
		PA Pasaporte		
		TI Tarjeta de Identidad		
		Obligatorio		
No. De identificación del afiliado	30	El campo debe ser numérico no permita el cero "0" al inicio. Obligatorio	Alfabetico	x
Colombiano residente en el exterior	2	El campo debe de ser alfabético SI/NO	Alfabetico	X
Valor Solicitado devolución	9	El campo debe de ser numérico, sin centavos, sin comas ni puntos.	Numerico	X

✓ **DEVOLUCIÓN POR COTIZANTE FALLECIDO**

NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD PERMITIDA	VALORES PERMITIDOS	Tipo de datos	obligatorio
Tipo documento del afiliado	2	El campo debe ser alfabético, la longitud debe ser fija los valores permitidos son:	Alfabetico	x
		CC Cedula de Ciudadanía		
		CE Cedula de Extranjería		
		PA Pasaporte		
		TI Tarjeta de Identidad		
		Obligatorio		
No. De identificación del afiliado	30	El campo debe ser numérico no permita el cero "0" al inicio. Obligatorio	Alfabetico	x
Colombiano residente en el exterior	2	El campo debe de ser alfabético SI/NO	Alfabetico	X
Valor Solicitado devolución	9	El campo debe de ser numérico, sin centavos, sin comas ni puntos.	Numerico	X
Fecha de defunción	8	Formato de fecha DD-MM-AAAA	Numerico	x

✓ **DEVOLUCIÓN POR MAYOR VALOR**

NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD PERMITIDA	VALORES PERMITIDOS	Tipo de datos	obligatorio
Tipo documento del afiliado	2	El campo debe ser alfabético, la longitud debe ser fija los valores	Alfabetico	x



Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a regímenes especiales y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas"

		permitidos son:		
		CC Cedula de Ciudadanía		
		CE Cedula de Extranjería		
		PA Pasaportes		
		TI Tarjeta de Identidad		
		Obligatorio		
No. De identificación del afiliado	30	El campo debe ser numérico no permita el cero "0" al inicio. Obligatorio	Alfabetico	x
Colombiano residente en el exterior	2	El campo debe de ser alfabético SI/NO	Alfabetico	X
Valor Solicitado devolución	9	El campo debe de ser numérico, sin centavos, sin comas ni puntos.	Numerico	X
IBC Correcto	9	El campo debe de ser numérico, sin centavos, sin comas ni puntos.	Numerico	x

#### DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TRAMITAR LA DEVOLUCIÓN DE APORTES

- ✓ Formato generado por el sistema Impreso
- ✓ Certificación Bancaria Original, con datos de la cuenta, donde se debe abonar los recursos por parte del FOSYGA
- ✓ Certificar que el o los afiliados no pertenecen al Régimen de Excepción, cuando sea el caso. (se anexa cuando el afiliado no pertenece al régimen de Excepción)
- ✓ Es necesario remitir los comprobantes de pago donde acrediten que realizo aportes por el mismo período doble vez. (se anexa cuando la devolución es por aportes Dobles)
- ✓ Debe remitir certificación del consulado o embajada donde informe que el afiliado se encuentra residente en el exterior.(se anexa cuando la devolución es por residencia en el exterior)
- ✓ Certificación por parte del empleador con la siguiente estructura (Se anexa cuando la devolución es por mayor valor del IBC)

PERÍODO	NÚMERO DE PLANILLA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	APELLIDOS	IBC CORRECTO	IBC ERRADO	TOTAL A DEVOLVER
---------	--------------------	--------------------------	---------	-----------	--------------	------------	------------------

- ✓ Afiliados independientes deben remitir el contrato laboral o de prestación de servicios donde indique el valor devengado y el tiempo de duración del contrato. (Se anexa cuando la devolución es por mayor valor del IBC, y Devolución por no Ingresos Adicionales).
- ✓ Certificado o acta de Defunción (Se anexa cuando la devolución es por afiliados fallecidos)
- ✓ Copia del Fallo Judicial (Se anexa cuando la devolución corresponde al cumplimiento de un fallo judicial)