El empleo es de todos | Mintrabajo

ORIENTAR PERSONAS SEGÚN NORMATIVA DE SALUD

COMPETENCIA

ORIENTAR A LAS PERSONAS SEGÚN EL SERVICIO SOLICITADO DE ACUERDO CON PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL Y NORMATIVA EN SALUD LEGAL VIGENTE

RESULTADOS

RECONOCER EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 50 horas

VERIFICAR EL NIVEL DE SATISFACCION DE LAS PERSONAS DE ACUERDO A SUS EXPECTATIVAS Y NORMAS TECNICAS 50 horas

APLICAR PRINCIPIOS ETICOS Y LEGALES EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACUERDO CON REQUERIMIENTOS DEL USUARIO POLITICAS INSTITUCIONALES Y DEL SGSSS 50 horas

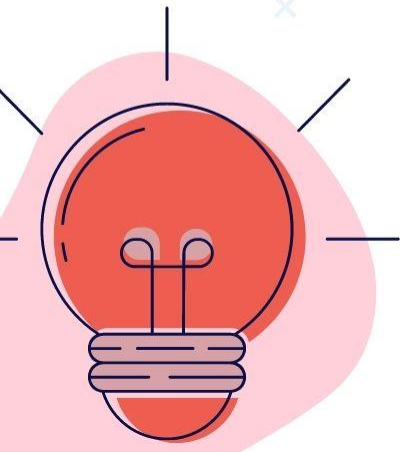
SENA

GENERALIDADES Y COMPONENTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Sistema General de Seguridad Social en Salud

CONSTITUCIÓN POLITICA DE 1991

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacifica y la vigencia de un orden justo.



A partir del articulo 48 y 49 realizar un MAPA MENTAL

ARTICULO 45

El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

ARTICULO 46

El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia

ARTICULO 48

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

ARTICULO 49

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

Sistema General de Seguridad Social en Salud

LA SEGURIDAD SOCIAL COMO:

DERECHO FUNDAMENTAL: propio de toda persona, al cual se accede mediante la prestación del servicio público correspondiente, que se concibe y realiza de manera independiente a la existencia de una relación laboral.

DERECHO MINIMO: cierto e indiscutible del trabajador, que tiene su origen en la relación de trabajo, y que se realiza mediante la vinculación del trabajador, por parte de su empleador, al sistema General de Seguridad Social.



https://www.youtube.com/watch?v=sYGFR4fAYHg

SEGURIDAD SOCIAL: que cubria a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos Subsidio familiar a través de las Cajas de Compensación las cuales atendían a las familias de los trabajadores del sector privado inicialmente y posteriormente incluyó a los del sector público, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud

los objetivos de la Reforma eran lograr la cobertura universal, la equidad en los servicios y la mejora en el tiempo de la calidad del servicio prestado

(i) creó los regímenes Contributivo y Subsidiado para proveer el aseguramiento a toda la población,

(ii) estableció la solidaridad en el financiamiento del RS con recursos del RC, así como la solidaridad en riesgo e ingresos dentro de los afiliados al RC

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención.

Sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados el cual atendia a la población con capacidad de pago de las pólizas de medicina prepagada o la consulta privada

Sistema nacional de salud, que brindaba los servicios de salud para el resto de colombianos, con accesibilidad restringida

(iv) realizó una separación entre el aseguramiento, los hospitales y la salud pública

(iii) introdujo la competencia en el sector salud y por último,

LEY 100 DE 1993

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248

https://www.youtube.com/watch?v=wH4n1bp-r5o
https://www.youtube.com/watch?v=zc1IYoImqdY
https://www.youtube.com/watch?v=U2G3ikReH8E
https://www.youtube.com/watch?v=3mVfZdq8bZs
https://www.youtube.com/watch?v=LxBd7MhHTiQ
https://www.youtube.com/watch?v=GSbCsqQ1Jr8
https://www.youtube.com/watch?v=KkMxBlr10XY



La Ley 100 de 1993 se encarga de reclutar y reorganizar entidades relacionadas con la salud, asimismo establece normas y procedimientos para que las personas y la comunidad tengan acceso a los servicios de salud, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

La función de la Ley 100 de 1993, en el sistema general de seguridad social, es regular el servicio público esencial en salud. Desde su expedición, la Ley 100 de 1993, se encargará de garantizar a la población el amparo en la vejez, la invalidez, entre otras.

Es de vital importancia que en las compañías, los administradores de SGSST, contemplen esta ley en las matrices de requisitos legales, además, es de obligatorio cumplimiento que los empleados estén informados, capacitados y entrenados en la Ley 100 de 1993

A partir del documento entregado realizar una Línea de tiempo donde se refleje Funcionamiento del sistema de salud antes y después de la Ley 100 de 1993, tener en cuenta en el siguiente link:
http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap2.pdf

Realizar Mapa conceptual de acuerdo a los temas asignados a cada grupo

Esquema de la estructura del sistema integral de seguridad social



Sistema General de Seguridad Social en Salud

LEY 1122 DE 2007

- Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.
- Creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) la cual definió como una "unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social" toma decisiones en el plan obligatorio de salud que debe estar sometido a la capacidad financiera de acuerdo a la percapita.
- Eje transversal es la evaluación por indicadores de gestión (oportunidad, prevención, mayores costos)
- Cobertura Universal de forma progresiva
- Define fuentes de recursos del Régimen subsidiado
- Juegos de Azar, Rentas Cedidas

https://www.youtube.com/watch?v=qX42gNXqU3s

https://www.youtube.com/watch?v=Ba8ZKZ2LNF8

LEY 1438 DE 2011

El propósito y fin único de la ley 1438 Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud es el fortalecimiento del sistema, teniendo gran énfasis en la atención primaria en salud, la unión de planes de beneficios, la universalidad del aseguramiento y la garantía de la prestación de los servicios en cualquier lugar.

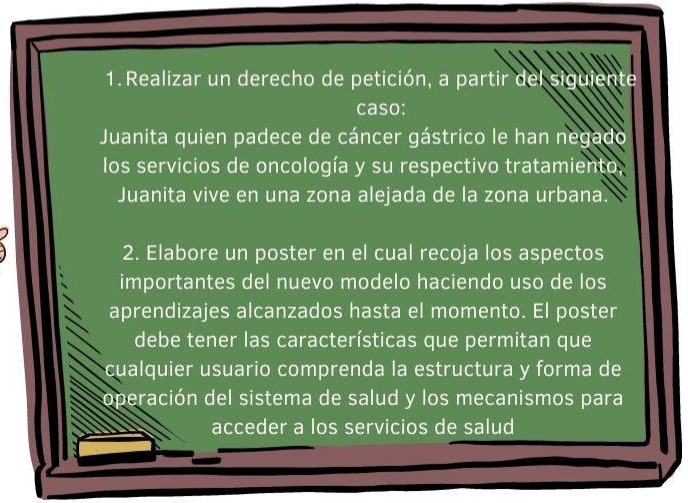
https://www.youtube.com/watch?v=_IRm28ciQNU
https://www.youtube.com/watch?v=3j30aEEENDM



LEY 1755 DE 2015

La Ley Estatutaria 1755 de junio 30 del 2015 reglamentó no solo el derecho de petición que pueden ejercer las personas ante las entidades públicas, sino también contempló el evento cuando tal derecho se ejerce ante particulares, señalando aspectos que el sector empresarial debe tener en cuenta.

https://www.youtube.com/watch?v=4ysoe9vVjk4





G R A C I A S

Línea de atención al ciudadano: 018000 910270
Línea de atención al empresario: 018000 910682

@SENAcomunica

www.sena.edu.co

PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- Denominación del Programa de Formación: Técnico en Apoyo Administrativo en salud
- Código del Programa de Formación: 134507
- Nombre del Proyecto (si es formación Titulada) Desarrollo de competencias para el apoyo administrativo en salud
- Fase del Proyecto (si es formación Titulada) Fase I
- Actividad de Proyecto(si es formación Titulada) Analizar la estructura y forma de operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según normatividad vigente
- Competencia:
    - Orientar personas según normativa de salud.
    - Protección ambiental, seguridad y salud en el trabajo
    - Ejercicio de los derechos fundamentales del trabajo
    - Etica y paz
    - Bilinguismo
    - Herramientas informáticas
- Resultados de Aprendizaje Alcanzar:
    - Reconocer necesidades del usuario teniendo en cuenta el marco normativo, políticas de atención y portafolio de servicios de salud.
    - Ofrecer información al usuario de acuerdo con necesidades y portafolio de servicios de salud
    - Orientar al usuario hacia los servicios de salud , teniendo en cuenta sus necesidades, condiciones de aseguramiento, derechos y deberes
    - Verificar el nivel de satisfacción de la persona de acuerdo con sus expectativas y normas técnicas.
    - Interpretar los problemas ambientales y de sst teniendo en cuenta los planes y programas establecidos por la organización y el entorno social
    - Valorar la importancia de la ciudadanía laboral con base en el estudio de los derechos humanos y fundamentales del trabajo.
    - Promover mi dignidad y la del otro a partir de los principios y valores eticos como aporte en la instauracion de una cultura de paz.
    - Establecer relaciones de crecimiento personal y comunitario a partir del bien comun como aporte para el desarrollo social.
    - Promover el uso racional de los recursos naturales a partir de criterios de sostenibilidad y sustentabilidad, etica y normativa vigente.
    - Contribuir con el fortalecimiento de la cutura de paz a partir de la dignidad humana y las estrategias para la transformacion de conflictos.
    - Comprender información básica oral y escrita en inglés acerca de sí mismo, de las personas y de su contexto inmediato en realidades presentes e historias de vida.
    - Describir a nivel básico, de forma oral y escrita en inglés personas, situaciones y lugares de acuerdo con sus costumbres y experiencias de vida
    - Seleccionar herramientas de tecnologías de la información y la comunicación (tic), de acuerdo con las necesidades identificadas

- Usar herramientas tic, de acuerdo con los requerimientos, manuales de funcionamiento, procedimientos y estándares

- Duración de la Guía: 230 horas

2. PRESENTACIÓN

El Sistema General de Seguridad Social Integral en Colombia ha sufrido una serie de modificaciones desde su implementación con la Ley 100 de 1993, en forma especial el componente de salud, considerado un derecho irrenunciable. El sistema cuenta con una dinámica propia que permite el acceso a los servicios de salud a toda la población colombiana a partir de las condiciones socio – económicas de la población y el modelo de Aseguramiento. Es muy importante por parte de los trabajadores del sector y en general por toda la población, realizar el reconocimiento de su dinámica de operación y los actores que participan en cada uno de los procesos, con el fin de transferir a los usuarios la información para garantizar los derechos y promover el compromiso con los deberes.

Les invitamos a participar activamente en el desarrollo de estas actividades con el propósito de alcanzar las competencias propias del programa de formación y obtener el reconocimiento del sector de la salud en Colombia, el cual será su futuro escenario laboral.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1. Con el apoyo del equipo de instructores, revise el formato denominado Reconocimiento de aprendizajes previos el cual contiene cada una de las competencias del programa de formación que adelantan. Cada competencia cuenta con los resultados de aprendizaje, que describen los saberes que se deben lograr al finalizar la formación, a través del desarrollo de las actividades de aprendizaje. Sin embargo, la metodología adoptada por el Sena permite hacer el reconocimiento de esos saberes previos en términos de conocimiento, desempeños y productos. Por lo anterior, después de leer el formato y revisar el programa de formación establezca cuales aprendizajes usted ya tiene y considera que puede evidenciarlos. Si considera que va a evidenciar los aprendizajes previos, concerté con el instructor líder su plan de evaluación. Posterior a la presentación reflexione si usted como trabajador del sector cuenta con todos los conocimientos necesarios para el desempeño idóneo o si considera que aún tiene conocimientos por adquirir.

3.2. Con el apoyo del equipo de instructores que le acompañan en la formación realice la revisión de la Constitución Política de Colombia, en forma especial los derechos fundamentales; indague la diferencia entre derechos constitucionales y derechos fundamentales. Participe activiamente en el conversatorio sobre estructura del estado Colombiano. Continuando con la lectura de la Constitución Política, organicen 6 grupos para reforzar el componente de la Estructura del estado colombiano para identificar las funciones de cada componente, resaltando el aporte al Sistema de Salud. Los grupos deben desarrollar una presentación donde evidencien lo trabajo así:

Grupo 1: Rama legislativa
Grupo 2: Rama ejecutiva
Grupo 3: Rama judicial
Grupo 4: Órganos autónomos
Grupo 5: Órganos de control

Grupo 6: Organización electoral.

3.3. Reflexione sobre los deberes y derechos consagrados en la Constitución Política y sus responsabilidades como ciudadano y futuro trabajador del sector, y resuelva el taller denominado Deberes y Derechos en Salud. El resultado del taller lo ubica en la plataforma virtual en el espacio para evidencias de aprendizaje, en el espacio denominado Taller Deberes y Derechos en Salud. Para el desarrollo de las actividades del taller, apoyese del componente de Etica y Paz.

3.4. Participe en forma activa en la presentación magistral que realiza el equipo de instructores relacionada con las características del aseguramiento en Colombia. En esta presentación es importante tener en cuenta que deben quedar claros los conceptos de Usuario, riesgo, prima, asegurador, prestador, beneficios, siniestros. Plantee preguntas que puedan surgir a partir de la lectura individual que realice en forma previa, del libro II de la Ley 100 de 1993, lectura que realizó en el tiempo del aprendizaje autónomo.

3.5. Posterior a la lectura y con las indicaciones que le oriente el instructor que le acompaña, resuelva el taller denominado Historia y evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.6. Para revisar el concepto de calidad, observe el video que presentará el equipo de instructores y participe en el conversatoria a cerca de la calidad en salud. El video se ubica en el enlace: https://www.youtube.com/watch?v=38xadnbjPjk. Participe activamente en la presentación que realiza el equipo de instrutores sobre Calidad en salud. En forma posterior revise el material de apoyo que se encuentra en la plataforma virtual. Aclare dudas con los instructores sobre las lecturas realizadas y socialice en plenaria de grupo los siguientes conceptos:

- Mecanismos para la habilitación de servicios en salud
- Estructura del PAMEC
- Avances en la implementación del proceso de acreditación
- Como se trabaja el componente de Humanización en servicios de salud
- Mecanismos de funcionamiento del SIAU.

3.7. Posterior al ejercicio sobre conceptualización de la calidad en salud, resuelva el taller denominado Mecanismos para medición de satisfacción del usuario y ubique el resultado en la plataforma virtual en el espacio para evidencias, previa aprobación del instructor que le acompaña.

3.8. Revise el material de apoyo relacionado con los mecanismos de participación ciudadana y organicen un programa de televisión simulado denominado El noticiero de la salud. En este noticiero deberán contarles a todos los televidentes colombianos, cuales son los mecanismos de participación ciudadana en Colombia y cuales aplican al sistema de salud. Recuerden incluir los diferentes espacios con que cuenta un noticiero, incluir reportajes, entrevistas, comerciales, etc. Todo el grupo debe participar con algún papel en el noticiero. Durante los encuentros con el equipo de instructores, presentan los avances, aclaren dudas e inquietudes que surjan de la revisión del material de apoyo. Una vez la actividad se encuentre lista, concreten con el instructor la fecha de presentación y el público que asistirá.

3.9. Tenga en cuenta que para el desarrollo de las actividades aquí programadas, en forma especial para el desarrollo de las evidencias, se puede apoyar con el instructor que le acompaña en la competencia de HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS.

3.10. Despues de realizar las actividades relacionas con la estructura y forma de operación del SGSSS según normas vigentes, nos preparamos para asistir a la primera parte de la práctica de la etapa lectiva en escenarios reales por lo que le proponemos desarrollar el taller denominado Portafolio de servicios de entidades del sector salud, el cual le permitrá identificar aspectos claves de las entidades donde se desarrollarán estas prácticas.

3.11. Para el ejercicio de las prácticas de la etapa lectiva I parte, le proponemos resolver el taller Promover el uso de herramientas digitales del SGSSS, actividades que serán orientadas en el escenario de práctica siguiendo las actividades propuestas en el taller.

3.12. Resuelva el cuestionario que le entregará el equipo de instructores a partir de los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de estas actividades.

4. Ambiente Requerido: Ambiente convencional, sala de sistemas, biblioteca, entidades de salud con convenio docente asistencial

5. Materiales:

- Computadores
- Impresora lasser
- Acceso a internet
- Papel Kraff pliego
- Marcadores permanentes
- Marcadores borrables
- Portaminas 0.7
- Repuesto portaminas 0.7
- Bombas de colores
- Papel silueta colores varios
- Cinta de enmascarar
- Vinilos
- Pinceles
- Tijeras
- Resma de papel
- Cuaderno argollado grande
- Boligrafos

6. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento : Resuelva el cuestionario que le entregará el equipo de instructores a partir de los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de estas actividades **Evidencias de Desempeño** Aplicar políticas del SGSSS durante la orientación a usuarios en instituciones del sector . Taller Promover el uso de herramientas digitales del SGSSS **Evidencias de Producto:** Informe que contenga descripción del proceso de medición de satisfación de los usuarios en los escenarios de práctica.	- Aplica estrategias de mercadeo para la prestación de los servicios de salud según políticas institucionales - brinda trato humanizado a la persona según políticas de calidad - conserva una imagen personal acorde con las necesidades del servicio y políticas institucionales. - asume las responsabilidades de su desempeño en relación con su perfil y manual de funciones. - aplica la plataforma estratégica y estructura de la organización de acuerdo con lineamientos institucionales establecidos - promueve el portafolio de servicios según políticas de la institución. - demuestra actitud de servicio según criterios de empoderamiento institucional. - direcciona a la persona hacia las instancias correspondientes de acuerdo con sus necesidades. - confronta las necesidades del cliente con el portafolio de servicios y la capacidad de respuesta institucional según normatividad - utiliza oportunamente los canales establecidos por la institución para procesar la información de la persona de acuerdo con normas técnicas de calidad. - orienta a la persona suministrando información de forma clara, cálida,	Técnica: Formulación de preguntas. Instrumento: Cuestionario Técnica: Observación directa Instrumento: Lista de chequeo del desempeño Técnica: Elaboración de informes Instrumento: Lista de Chequeo para evaluar informes

	respetuosa, teniendo en cuenta sus expectativas y las políticas institucionales - hace uso de los sistemas de información en salud durante la atención al usuario. - identifica las rutas integrales de atención en salud según normatividad. - reconoce las redes integradas de prestadores de servicios de salud según nivel de complejidad y area territorial. - integra el plan de intervenciones colectivas como parte del plan de beneficios en salud. - registra información siguiendo principios de calidad en la información. - orienta usuarios a partir de la información contenida en políticas públicas del sector salud. - orienta a la persona con base en lineamientos del sistema general de seguridad social en salud. - socializa a la persona sus derechos y deberes en el sistema general de seguridad social en salud de acuerdo con políticas institucionales. - establece relaciones interpersonales con el equipo de trabajo teniendo en cuenta principios de respeto, cortesía y asertividad. - aplica normativa vigente en materia de calidad para la prestación del servicio de acuerdo con políticas institucionales. - canaliza las inconformidades del cliente externo según normas del sgsss y protocolos institucionales - propone estrategias que mejoren el servicio y la satisfacción de la persona según requerimientos del sistema de calidad.	

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Afiliación: Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional, por una única vez, y de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud - - o Entidad Obligada a Compensar EOC.

Afiliado: Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizada la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

Afiliado adicional: Es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, conforme a lo previsto en el presente decreto se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una UPC adicional.

Afiliado cabeza de familia: Es la persona que pertenece al régimen subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, según lo previsto en el presente decreto, así como el registro de las novedades correspondientes.

Movilidad: Es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para LOS afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales.

Novedades: Son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

Aportante: Es la persona natural o jurídica que realiza los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de sus cotizantes a cargo y quien en es el responsable de suministrar la información en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA.

Aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud: Corresponde a las cotizaciones que realizan a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA, las personas obligadas a cotizar al Régimen Contributivo, es decir, aquellas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos; los pensionados; los jubilados; los independientes; los rentistas; los propietarios de las empresas, y en general todas las personas residentes en el país que no tengan vinculo legal y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.

Archivos de entrada: Son los archivos que suministra el aportante bien sea porque los entrega en archivos planos o los graba directamente en los medios electrónicos que para tal fin le suministre el operador de información.

Cotización: Es el valor a cancelar a cada uno de los subsistemas a los cuales el cotizante está obligado a aportar de acuerdo con la normatividad vigente. Se calcula multiplicando la tarifa por el Ingreso Base de Cotización.

Cotizante: Persona natural nacional o extranjera por la cual el aportante realiza sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA.

Cotizantes activos: Personas que aportan al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales en calidad de cotizantes dependientes o independientes de acuerdo con la normatividad vigente.

Ingreso base de cotización: Corresponde al valor que de conformidad con la información sobre las novedades suministrada por el aportante, configura el monto total con el cual el cotizante aporta al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.

Modalidad Asistida: Es la utilizada por aportantes que no tienen acceso a Internet o que no disponen de cuentas bancarias y el operador de información les genera un PIN para realizar el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales en las ventanillas de los bancos o en las redes de recaudo.

Modalidad Electrónica: Es la utilizada por los aportantes vía Internet, bien sea en línea o cargando archivos planos para realizar el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales debitando el dinero de su cuenta bancaria.

Modalidad planilla: Corresponde a la modalidad utilizada por el aportante para la liquidación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes —PILA, las cuales pueden ser de manera electrónica o asistida.

Novedades: Comprende todo hecho que afecte el monto de las cotizaciones a cargo de los aportantes o de las obligaciones económicas que estos tienen frente al sistema.

Operadores de información: Persona jurídica autorizada por la Superintendencia Financiera que liquida los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA, de acuerdo con la información reportada por los aportantes y quien es el encargado de enviar la información de los aportes recaudados a cada una de las administradoras en las cuales se encuentran afiliados los cotizantes.

Pagadores de pensiones: Son las personas naturales o jurídicas que tienen a su cargo el pago de pensiones y que están obligadas a realizar el pago de aportes y el reporte de novedades al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de sus pensionados y son los responsables de suministrar la información en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA.

Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA: Es la ventanilla virtual que permite la autoliquidación y pago integrado de apodes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, en la cual los aportantes reportan la información para cada uno de los subsistemas en los que el cotizante está obligado a apodar.

8. REFERENTES BILBIOGRÁFICOS

Congreso de Colombia. (16 de Febrero de 2016) Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley estatutaria 1751 de 2015]. Diario oficial 49427. El Congreso.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (10 de octubre de 2005) Por el cual se reglamenta la afiliación de los trabajadores independientes de manera colectiva al SGSSI. [Decreto 3615 de 2005] Diario Oficial: 46.059. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de julio de 2006). Por el cual se modifica el Decreto 3615. [Decreto 2313 de 2006]. Diario Oficial: 46.328. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (10 de junio de 2009). Modifica al Decreto 3615, Artículos 7, 7.8 y 7.9, 9, 12. [Decreto 2172 de 2009]. Diario Oficial: 47.376. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (04 de Marzo de 2010). Modifica al Decreto 3615, artículo 13 y el artículo 6 del Decreto 2313 de 2006. [Decreto 692 de 2010]. Diario oficial: 47.642. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (03 de diciembre de 2015). Por el cual se unificó y actualizó las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). [Decreto 2353 de 2015]. Diario Oficial: 49.715. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (18 de Marzo de 2016) Por la cual se adopta el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). [Resolución 974 de 2016] Diario oficial: 49.824. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (10 de mayo de 2015) Reglamenta el modelo general de operación del Planilla integral de Liquidación de Aportes PILA.[Decreto 1465 de 2005] Diario Oficial: 45.905. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de mayo de 2008) Establece el Diseño y contenido para el Formulario Único o Planilla Integrada de Liquidación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y de aportes parafiscales. [Resolución 1747 de 2008] Diario Oficial: 46.998. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de enero de 2017). Modifica resolución 1747 de 2008. [Resolución 078 de 2014] Diario Oficial: 49.049. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (10 de junio de 2016). Por la cual se unifican las reglas para el recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.[Resolución 2388 de 2016] Diario oficial: 49.902. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de Diciembre de 2016) Modifica al Decreto 780 de 2016 en lo relacionado con las reglas de aproximación, fija plazos para el pago de autoliquidación de aportes y condiciones de uso de la PILA. [Decreto 1990 de 2016]. Diario Oficial. 50.079. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de Noviembre de 2016) Por la cual se modifica la Resolución 2388 de 2016 en relación con el plazo para su implementación y sus anexos técnicos. [Resolución 5858 de 2016]. Diario Oficial: 50.073. El Ministerio.

• Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de abril de 2015) Conceptos Jurídicos 201511600273433 Aportes Sistema General de Seguridad Social Integral – contrato de prestación de servicios. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Juridico%20201511600668341%20del%202015.pdf

• Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de octubre de 2015) Ingreso base de cotización a seguridad social. Memorando. [Memorando 201511600273433 del 22 de Octubre de 2015]. Recuperado de https://www.enlace-apb.com/interssi/static/resources/Normatividad/conceptos/RAD_201511600273433.pdf

9. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Estrella Izquierdo Alzate** **Gina Villate Calderon** **Carlos Andres Marín Nieto**	**Instructora** **Instructora** **Instructor**	**CGTS-Regional Valle** **CFTHS _ Distrito capital** **Centro de Servicios de salud Regional Antioquia**	**04-03-2020**

10. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

ANEXO No. 1 Taller No. 1 Historia y evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Descripción de la(s) Actividad(es)

1. Observe los videos que le propone el equipo de instructores donde encontrará la historia de la salud en Colombia, en 4 capítulos así:
    a. Capítulo 1: https://www.youtube.com/watch?v=wH4n1bp-r5o
    b. Capítulo 2: https://www.youtube.com/watch?v=zc1IYoImqdY
    c. Capítulo 3: https://www.youtube.com/watch?v=U2G3ikReH8E
    d. Capítulo 4: https://www.youtube.com/watch?v=3mVfZdq8bZs
    e. Capítulo 5: https://www.youtube.com/watch?v=LxBd7MhHTiQ
    f. Capitulo 6: https://www.youtube.com/watch?v=GSbCsqQ1Jr8
    g. Capítulo 7: https://www.youtube.com/watch?v=KkMxBlr10XY
2. A partir de los videos observados y los conversatorios sobre la evolución, construya un mapa conceptual que describa como fue la evolución del sistema de salud en Colombia hasta llegar al Sistema General de Seguridad Social Integral.
3. Organicen 5 grupos de trabajo y realicen lectura al Libro II de la Ley 100 de 1993 en compañía del equipo de instructores, donde cada grupo asume la responsabilidad que le asignen. Una vez consideren que la actividad está lista para presentar, concreta con el equipo de instructores la sustentación en plenaria de grupo. Los grupos y sus responsabilidades son:

    - Grupo No. 1 Proceso de financiación del SGSSS
    - Grupo No. 2 La Administración del sistema
    - Grupo No 3 Prestación de servicios de salud
    - Grupo No. 4 Dirección, vigilancia y control en salud
    - Grupo No. 5 Otros tipos de usuarios diferentes a los afiliados al Régimen contributivo o subsidiado. Beneficios incluidos diferentes al POS.
4. En los encuentros en el ambiente de formación realice preguntas sobre la lectura, comparta los avances con el equipo de instructores y aclare dudas. Una vez esté lista la sustentación deben presentarla en plenaria de grupo.
5. Participe activamente en las presentaciones y los videos que se socializarán en plenaria de grupo por parte del equipo de instructores, relacionadas con la Ley 1122 de 2007, 1438 de 2011 y la reciente ley 1751 de 2015 o Ley estatutaria de salud. En el tiempo del aprendizaje autónomo revise el material de apoyo que se encuentra en la plataforma blackboard relacionado con la Política de Atención Integral en Salud PAIS y el nuevo Modelo de Acción Territorial MAITE. Elabore un folleto en el cual recoja los aspectos importantes del nuevo modelo haciendo uso de los aprendizajes alcanzados hasta el momento. El folleto debe tener las características que permitan que cualquier usuario comprenda la estructura y forma de operación del sistema de salud, los mecanismos para acceder a los servicios de saludy como está estructurado el modelo MAITE. Tenga en cuenta que este folleto será el insumo que le apoyará durante las actividades prácticas que se desarrollarán en escenarios reales.
6. Los videos mencionados en la actividad anterior se ubican en:
    a. Ley 1122 de 2007, primera parte https://www.youtube.com/watch?v=_IRm28ciQNU

b. Ley 1122 de 2007, segunda parte https://www.youtube.com/watch?v=3j30aEEENDM

7. Organicen una actividad con otros aprendices del centro de formación, donde validarán la claridad y comprensión de los contenidos del folleto construido en la actividad anterior. Realice los ajustes que considera pertinentes de acuerdo con lo sugerido por los aprendices que validaron el folleto, previa retroalimentación con el equipo de instructores.

Ambiente Requerido: Ambiente convencional, sala de sistemas, biblioteca,

Materiales:

- Computadores
- Impresora lasser
- Acceso a internet
- Papel Kraff pliego
- Marcadores permanentes
- Marcadores borrables
- Portaminas 0.7
- Repuesto portaminas 0.7
- Bombas de colores
- Papel silueta colores varios
- Cinta de enmascarar
- Vinilos
- Pinceles
- Tijeras
- Resma de papel
- Cuaderno argollado grande
- Boligrafos

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- Descripción de la(s) Actividad(es)
  1. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de la facultades que a cada uno compete en relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, emitió la circular 016 del 15 de mayo de 2013, respecto de los mecanismos a través de los cuales deberán disponer la información al ciudadano, relacionada con:
     a. La Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
     b. y la Carta de Desempeño de cada EPS

     Participe en la presentación que realiza el equipo de instructores donde revisarán conceptos relacionados con:

     c. Deberes
     d. Derechos
     e. Afiliado
     f. Paciente
     g. Atención en salud
     h. Atención ambulatoria
     i. Atención con internación
     j. Atención de urgencias
     k. Atención inicial de urgencia
     l. Atención domiciliaria
     m. Atención primaria en salud (APS)
     n. Atención prioritaria
     o. Determinantes sociales de la salud
     p. Sistema de Afiliación Transaccional – SAT
     q. Plan de Beneficios en Salud

     La presentación se realizará desde la página web https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/carta-derechos-deberes-afiche.pdf. Así mismo la presentación se complementará observando en compañía del instructor los siguientes videos:

     - Video Conozco mis deberes y derechos en salud: https://www.youtube.com/watch?v=nTiPxWOYx5A
     - Video Ley de deberes y derechos de los pacientes https://www.youtube.com/watch?v=inLIbWxDJNM
  2. Posterior a la presentación y los videos, los aprendices se organizan en parejas e ingresan a la página https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/Carta-de-derechos-y-deberes-y-carta-de-desempe%C3%B1o-del-afiliado-al-sistema-de-salud.aspx. Seleccionan al menos 2

cartas de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y 2 Cartas de Desempeño de EPS, de las que se encuentran ubicadas en plataforma, realiza la lectura y compara con los requisitos establecidos en la Resolución 229 de 2020 y establece si las cartas que observó cumplen los requisitos establecidos en la norma y si son de fácil comprensión para los usuarios. Organice una presentación en plenaria de grupo donde evidencia el trabajo realizado, previa revisión del equipo de instructores y la realización de los ajustes que le sugieran.

3. Todo el grupo de aprendices organiza una campaña para divulgar en el centro de formación, los Deberes y Derechos en salud motivando a los participantes a la lectura en la web de La Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Carta de Desempeño de cada EPS. Realice un registro fotofráfico de la actividad. Así mismo incluya el desarrollo de la campaña sobre deberes derechos en el siguiente formato:
   Formato contenidos de la campaña:

TEMAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN

Formato Ficha metodológica de la campaña:

Nombre de la campaña			
Objetivo general			
Estrategia metodológica			
Etapas 1. Preparatoria 2. Ejecución 3. Evaluación	Actividades		

4. Cada aprendiz organiza un informe donde detalla las actividades desarrolladas y describe los aprendizajes alcanzados a partir de las actividades desarrolladas en este taller y su contribución para su futuro desempeño como Técnico en Apoyo Administrativo en Salud. Incluya en el informe el registro fotográfico de las actividades desarrolladas. Articule en el informe el componente de deberes y derechos en salud con el componente de Etica y paz.

5. El informe debe ser revisado y aprobado por el instructor antes de ubicarlo en la plataforma virtual en el espacio de evidencias de aprendizaje.

Ambiente Requerido: Ambiente convencional, sala de sistemas, biblioteca, entidades de salud con convenio docente asistencial.

Materiales:

- Computadores
- Impresora lasser
- Acceso a internet
- Papel Kraff pliego
- Marcadores permanentes
- Marcadores borrables
- Portaminas 0.7
- Repuesto portaminas 0.7
- Bombas de colores
- Papel silueta colores varios
- Cinta de enmascarar
- Vinilos
- Pinceles
- Tijeras
- Resma de papel
- Cuaderno argollado grande
- Boligrafos

PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

ANEXO No. 1

Taller No. 3 Mecanismos para medición de satisfacción del usuario

Descripción de la(s) Actividad(es)

INTRODUCCIÓN.

En la búsqueda continua para mejorar los estándares de eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad, se consolidan acciones de mejoramiento institucional e individual, que permiten corregir las desviaciones presentadas en el desarrollo de las actividades, en cumplimiento de la función de la entidad, por lo que es necesario medir la satisfacción del cliente, la cual se define como: el grado en el que un producto o servicio cumple con los requisitos y especificaciones. Partiendo de lo anterior, cada día las organizaciones desarrollan actividades dirigidas a monitorear y analizar la satisfacción del cliente, vista como una herramienta para el análisis del desempeño de la organización y los procesos desarrollados por ésta.(Vabra, 2007)

La prestación de servicios de salud, no es exenta de la aplicación de normas de calidad y requiere de la medición periódica y oportuna de la satisfacción del cliente; Esta satisfacción en el sistema de salud, proporciona información a las organizaciones en cuanto al personal dispuesto para servicio frente al alcance o no de las expectativas del paciente. Por la importancia del tema para las instituciones del sector, le invitamos a desarrollar las siguientes actividades:

1. Participe en la presentación que realiza el equipo de instructores denominada Satisfacción del cliente, tratando de identificar cuales son los beneficios de este procedimiento. https://slideplayer.es/slide/159667/
2. En forma posterior, observe el video denominado La satisfacción de clientes, elementos y retos ubicado en el enlace https://www.youtube.com/watch?v=hUM1eha741Q. Durante la presentación, deben quedar claros los siguientes conceptos:
    a. Cliente
    b. Usuario
    c. Cliente potencial
    d. Fidelidad
    e. Expectativa
    f. Experiencia
    g. Satisfacción
    h. Lealtad
    i. Grado de satisfacción
    j. Cliente satisfecho
    k. Cliente insatisfecho
    l. Cliente complacido
    m. Cliente loveMark

3. En forma posterior los aprendices realizan consultas para responder las siguientes preguntas:

a. Que es un Momento de verdad
b. Porque son importantes los momentos de verdad
c. Que relación existe entre las emociones y los momentos de verdad
d. Como se miden los momentos de verdad
e. Que es el ciclo del servicio. Describalo

4. En forma posterior, observe el video herramientas para medir la satisfacción del cliente en un sistema de gestión ISO 9001:2015 y trate de definir como se mide entonces la satisfacción de los clientes. Proponga estrategias para medir la satisfacción en los aprendices en el centro de formación donde se encuentra matriculado y los formatos en los que se registrará dicha medición.
5. Aplique los formatos diseñados, previamente validados con el instructor, en los grupos de aprendices del centro de formación y tabule los resultados con el apoyo del componente de Herramientas informáticas.
6. Concrete con el instructor el espacio para sustentar lo trabajado hasta el momento, describiendo que se debe medir en la prestación de servicios, criterios para realizar la medición y los resultados de la medición realizada con un análisis que les permita establecer el nivel de satisfacción de los aprendices en el centro.

Ambiente Requerido: Ambiente convencional, sala de sistemas, biblioteca.

Materiales:

- Computadores
- Impresora lasser
- Acceso a internet
- Papel Kraff pliego
- Marcadores permanentes
- Marcadores borrables
- Portaminas 0.7
- Repuesto portaminas 0.7
- Bombas de colores
- Papel silueta colores varios
- Cinta de enmascarar
- Vinilos
- Pinceles
- Tijeras
- Resma de papel
- Cuaderno argollado grande
- Boligrafos

PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

ANEXO No. 1

Taller No. 4 Portafolio de servicios de entidades del sector salud

Descripción de la(s) Actividad(es)

INTRODUCCIÓN.

La formación del talento humano en salud requiere la interacción de los estudiantes con los procesos propios de las entidades del sector salud, interacción reglamentada que se suscribe entre las entidades, a través de la figura de convenio de la relación docencia servicio. Este componente es el que permite evidenciar la capacidad desarrollada por los aprendices para aplicar los conocimientos adquiridos en escenarios reales y la capacidad de correlacionar estos conocimientos con las condiciones y necesidades de los usuarios y gestionar una respuesta que satisfaga las expectativas de éstos.

Por lo anterior, los programas de formación de talento humano en salud que imparte el Sena cuentan con este componente práctico que le poponemos iniciar con las siguientes actividades.

1. Con la orientación del equipo de instructores durante la inducción al sitio de práctica, revise la página web de las entidades donde se realizarán dichas prácticas. Tenga en cuenta que durante este recorrido debe quedar claro las políticas institucionales y los procesos que se adelantan al interior de la misma.
2. Verifique que ha entregadoal instructor líder todos los documentos requeridos para asistir a la práctica de la etapa lectiva.
3. Realice una visita virtual a través de la página web de la entidad asignada y organice el portafolio de servicios de la entidad en los diferentes niveles de atención; así mismo identifique el tipo de usuarios que atiende.
4. Participe en la inducción que realiza la entidad y resuelva las dudas e inquietudes al respecto. Resuelva la evaluación de la inducción, cuando aplique.
5. Participe en el recorrido que realiza la entidad y verifique el procedimiento asignado según el área donde iniciará las practicas. Tenga en cuenta identificar claramente las acciones que allí se realizan, el protocolo si existe, los formatos que se deben diligenciar y el flujo de la información, los equipos asignados, las áreas o zonas de aislamiento o de control para el ingreso y los conductos regulares para los procesos de comunicación.
6. Diligencie la bitácora de práctica la cual consiste en un cuaderno donde registrará las actividades que realiza, las dudas que se generan, las situaciones que le generan inconformidad y aquellas que le llaman poderosamente la atención. Esta bitácora deberá ser presentada al instructor que le acompaña en la práctica con el fin de evidenciar las funciones que realiza y aclarar las dudas que se generen.

Ambiente Requerido: Ambiente convencional, sala de sistemas, biblioteca.

Materiales:

- Computadores
- Impresora lasser
- Acceso a internet
- Papel Kraff pliego
- Marcadores permanentes
- Marcadores borrables
- Portaminas 0.7
- Repuesto portaminas 0.7
- Bombas de colores
- Papel silueta colores varios
- Cinta de enmascarar
- Vinilos
- Pinceles
- Tijeras
- Resma de papel
- Cuaderno argollado grande
- Boligrafos

PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

ANEXO No. 1

Taller No. 5. Promover el uso de herramientas digitales del SGSSS

Descripción de la(s) Actividad(es)

INTRODUCCIÓN.

Las herramientas tecnológicas han logrado impactar considerablemente en la cotidianidad de las personas haciendo que su ritmo de vida cambie, pues en otras épocas las personas debían salir de casa para hacer el mercado, pagar recibos o comprar ropa, pero estas actividades evolucionaron hacia el mercado de las plataformas que se amoldan al nuevo estilo de vida de sus clientes. (Gerente.com).

La inclusión de estas tecnologías en el ámbito de la salud, también se ha venido logrando con grandes avances en los últimos años, ya que son herramientas que facilitan la comunicación entre los usuarios y las instituciones o los usuarios y la información y le permiten al usuario minimizar los trámites y facilitar el uso de los servicios de salud.

Por lo anterior, lo invitamos a desarrollar las siguientes actividades como parte del componente de formación práctica con el fin de promover en los usuarios de las entidades donde se realizan las prácticas de la etapa lectiva, el uso adecuado de las herramientas digitales con que cuenta el SGSSS.

1. Participe en la presentación que realizará el equipo de instructores sobre el SISPRO, que se realizará desde la página web: https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx . En esta presentación identifique que es el SISPRO, como funciona, que información integra y que es PISIS.
2. Ingrese a la página www.sispro.gov.co en la ventana catálogos y descargue el catálogo de flujos de información, el cual describe como la información solicitada fluye desde el generador de la información hasta el Ministerio de Salud y Protección Social o hasta el actor del SGSSS responsable de su recepción. También describe las actividades que realiza el consumidor de cada solicitud de información de conformidad con la revisión normativa que genera la oblligatoriedad del reporte. Una vez revisado este archivo establezca la responsabilidad del Técnico en apoyo administrativo en salud en la generación de información para la toma de decisiones del Sistema General de Seguridad Social.
3. Revise la plataforma www.miseguridadsocial.gov.co, portal web creado para que los usuarios del sistema realicen reportes de novedades, consultas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el Sistema General de Riesgos Laborales. Registrese en caso de no estarlo y realice consultas que le permitan identificar como funciona la plataforma y como acceder a la información. Aclare dudas e inquietudes al respecto con el equipo de instructores.
4. Finalmente con el apoyo del equipo de instructores, naveguen por los aplicativos Mivoxpopuli, el portal de participación ciudadana del Ministerio de Salud y Protección social, y la herramienta digital POS POPULI ubicada en la web https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/home.aspx. Observe los videos allí contenidos y establezca el uso y los beneficios de estas herramientas.
5. Todos los aprendices construyen una cartilla que le permita orientar al usuario en los sitios de práctica donde se encuentra, sobre las funciones y beneficios de las herramientas digitales del SGSSS. La cartilla la debe validar con el instructor en forma previa, y garantizar que es de fácil compensión y

contiene la información necesaria y suficiente para que los usuarios que se encuentran en los sitios de práctica comprendan los beneficios de hacer uso de estas herramientas.

6. Aplique la cartilla en los sitios de práctica durante la orientación a los usuarios de los servicios, siguiendo las instrucciones del equipo de instructores.
7. Registre el resultado de las actividades diariamente en la bitácora de práctica y diligencia el formato Lista de chequeo del desempeño donde se evaluará el resultado de la práctica formativa.

Ambiente Requerido: Ambiente convencional, sala de sistemas, biblioteca.

Materiales:

- Computadores
- Impresora lasser
- Acceso a internet
- Papel Kraff pliego
- Marcadores permanentes
- Marcadores borrables
- Portaminas 0.7
- Repuesto portaminas 0.7
- Bombas de colores
- Papel silueta colores varios
- Cinta de enmascarar
- Vinilos
- Pinceles
- Tijeras
- Resma de papel
- Cuaderno argollado grande
- Boligrafos

GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
PROCEDIMIENTO DESARROLLO CURRICULAR
GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación**: APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD
- **Código del Programa de Formación**: 134507 Versión 1
- **Nombre del Proyecto**: IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO EN LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD EN LA REGIÓN
- **Fase del Proyecto:** ANÁLISIS
- **Actividad de Proyecto**: IDENTIFICAR LOS REQUERIMIENTOS NECESARIOS PARA ASEGURAMIENTO EN SALUD EN LA IPS SIMULADA.
- **Competencia:** ADMITIR A LA PERSONA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEGÚN NORMATIVA LEGAL VIGENTE Y SERVICIOS INSTITUCIONALES.

- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar**:

RECONOCER LAS NECESIDADES DE LA PERSONA EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

- **Duración de la Guía**: 60 horas



LA SEGURIDAD SOCIAL COMO COMPONENTE BASICO DE LA VIDA.

2. PRESENTACION.

La Seguridad Social en Colombia, como componente básico de la vida y del desarrollo de las actividades laborales e independientes de los ciudadanos, es considerada tanto por la Constitución Política de 1991, así como por la legislación nacional y por las sentencias de las altas cortes como un derecho fundamental. Es entonces necesario e importante que se aborden aspectos generales en materia de seguridad social en aras de brindar conocimientos relacionados con la Competencia: Apoyar el proceso de afiliación de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud según normativa vigente.

La finalidad es realizar el abordaje de las temáticas propias del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, para conocer y tener en cuenta los aspectos del Sistema de Salud, Pensiones y Riesgos Laborales; también se presentan aspectos relacionados con conocimientos jurídicos y técnicos para que el aprendiz desarrolle conceptos propios de las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Colombia respecto de cada sistema que lo integra.

Es importante que el producto de cada una de sus evidencias se archive en el portafolio del aprendiz.

3. FORMULACION DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- Descripción de la(s) Actividad(es)

1. Realizar Sondeo de conocimientos previos, relacionados con Tramitar la Documentación requerida en el proceso de Afiliación al SGSSS y Registrar la Información del Proceso de Afiliación.
2. En materia del Sistema General de Seguridad Social se debe partir por identificar aquellos elementos o sistemas que lo integran, razón por cual debe comprender y abordar reflexivamente los siguientes interrogantes introductorios en torno a:

- ¿Qué conoce acerca del sistema de seguridad social?
- En el rol que desempeña dentro de la sociedad, ¿Cómo se puede beneficiar del sistema de seguridad social?
- ¿Conoce cómo acceder a los servicios que ofrece el sistema?
- ¿Considera que es importante tener regulado este sistema en Colombia?

Una vez analizados los cuestionamientos y realizar una reflexión en torno a las respuestas dadas, es importante que conozca los aspectos que le permitan definir condiciones y características propias de la afiliación a cada sistema o subsistema que integra el Sistema General de Seguridad Social, además de la comprensión del Plan de Beneficios al que tenemos derecho todos los afiliados al SGSSS.

Recuerde que esta actividad tiene como objetivo encaminarlo y motivarlo en el desarrollo de los temas de esta guía de aprendizaje, por tal motivo compártalas y discútalas con sus compañeros.

- Materiales: Material de apoyo, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015, Decreto 4747 de 2007, Copias, Lapiceros, marcadores, papel craf, memorias, portátil, pantalla

3.2.1 Actividad de Aprendizaje 1

Las actividades de esta guía tienen la finalidad de que el aprendiz, se apropie de los conocimientos necesarios para que comprenda cómo se encuentra estructurado el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, así como de la temática propia de las Afiliaciones relacionados con Tramitar la Documentación requerida en el proceso de Afiliación al SGSSS y Registrar la Información del Proceso de Afiliación a cada sistema o subsistema que integran a este, en el área de Salud, Pensiones y Riesgos Laborales.

De esto, le invitamos a que diligencie el siguiente recuadro que permitirá un reconocimiento de conceptos, para comparar el antes y el después a través del diligenciamiento del siguiente cuadro,

Fundamentos sobre el Contexto del Sistema de Seguridad Integral de seguridad social			
N°	***Conceptos***	***"Lo que conozco"***	***"lo consultado".***
1.	Sistema General de Seguridad Social		
2.	Sistema General de Seguridad Social en salud.		
3.	Sistema General de Seguridad Social en pensiones		
4.	Sistema General de Seguridad Social en riesgos laborales.		
5.	Régimen contributivo		
6.	Régimen subsidiado		
7.	Régimen de Ahorro individual		
8.	Régimen de Prima media		
9.	Afiliados obligatorios		
10.	Afiliados voluntarios		
11.	El riesgo laboral		
12.	Plan de Beneficios		

- En esta matriz encontrará una columna que se denomina "conceptos", son los términos relacionados con el tema del Contexto del Sistema General de Seguridad Social y de la temática propia de las afiliaciones a cada subsistema o sistema que lo integra.
- Otra columna que se denomina "lo que conozco", que debe diligenciar con el conocimiento personal que hasta el momento usted tiene del concepto presentado.
- Y una columna final, "lo consultado", la cual debe diligenciar consultando los recursos para el aprendizaje que hacen parte de este programa u otras fuentes de información.
- Para identificar sus conocimientos previos del tema compare sus definiciones frente a las consultadas.

Una vez complete el cuadro propuesto, debe con sus compañeros intercambiar esta actividad, que le permitirá identificar cuáles son sus fortalezas y debilidades en cuanto a los conocimientos previos del Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

3.2.2 Actividad de Aprendizaje 2

Esta actividad constituye la fundamentación y el aprendizaje respecto del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, los sistemas que lo integran y la temática propia de afiliaciones a cada uno de estos; para lograr esta apropiación del conocimiento realice una consulta y lectura analítica de los recursos para el aprendizaje dispuestos y específicamente el Material de Apoyo

- Plan de Beneficios PAB, POS, PAC, PAS
- conceptos de unidad de pago por capitación, pagos compartidos: copagos y cuotas moderadoras.
- documentación de soporte para afiliación de cotizantes y beneficiarios, traslados y estados de afiliación.

Al terminar la revisión de los documentos para el aprendizaje debe evidenciar este proceso realizando una Técnica Didáctica explicando el Plan de Beneficios.

Una vez realizada la apropiación de conocimientos, se propone que como una actividad de transferencia construya **un folleto temático**, **informativo y explicativo** sobre

1. los conceptos de unidad de pago por capitación, pagos compartidos: copagos y cuotas moderadoras.
2. De las Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Colombia".
    - A que nos debemos afiliar en SGSSS
    - Cuáles son los Régimen de la Seguridad Social
    - Quienes deben estar afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado
3. cuál es la **documentación de soporte para afiliación** de cotizantes y beneficiarios, traslados y estados de afiliación.

4.Actividades de Evaluación

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencia 1. Plan de Beneficios.	• Identifica estado de afiliación actual según políticas institucionales y normatividad vigente. • Identifica ingreso base de cotización de la población según ingresos económicos y normatividad vigente • identifica el proceso de afiliación acorde al tipo de aseguramiento. registra las novedades de la población en la base de datos única de afiliado acorde a la política institucional. maneja de manera confidencial la información.	Técnica Didáctica Activa, aplicada a la Dinámica de presentación. Exposición
Evidencia 2. Folleto sobre Los **conceptos de** unidad de pago por capitación, pagos compartidos: copagos y cuotas moderadoras.		Lista de chequeo, para evaluar el folleto temático del Aprendiz

5. GLOSARIO DE TERMINOS:

- **Seguridad Social**: la seguridad social es un derecho fundamental y un servicio a cargo del Estado compuesto por una serie de sistemas que pretenden contener las contingencias que puedan suceder en la vida de los ciudadanos.
- **Riesgos Laborales**: refiere al sistema que busca prevenir, mitigar y solucionar los riesgos laborales que pueden ocurrir con ocasión al desarrollo de una actividad laboral.
- **Pensiones**: sistema de la seguridad social que busca mitigar las situaciones que devienen de la edad o de la incapacidad/discapacidad adquirida por el ciudadano sea de origen común o laboral, buscando que la persona tenga un ingreso asegurado que permita su existencia y subsistencia con dignidad.
- **Salud**: derecho fundamental y servicio público a cargo del Estado que busca prevenir, mitigar y solucionar aquellas afecciones y/o patologías de la persona, sean estas de origen común o laboral.
- **Nivel de riesgo laboral**: refiere al nivel de posible daño o afectación al que está expuesta una persona al desarrollar determinada actividad laboral o profesional, buscando definir el grado de daño al que está expuesto.
- **Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida (RPM):** régimen de pensiones que permiten que las personas cotizantes se pensionen a través de un sistema aportes que constituyen un fondo público y solidario.
- **Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS**): régimen de pensiones que permiten que las personas realicen un ahorro programado individual para su pensión futura.
- **Régimen contributivo en salud**: refiere al régimen en el cual se encuentran definidas y localizadas las personas que son aportantes obligatorios al sistema de salud, como los trabajadores dependientes, los independientes y los beneficiarios de estos.
- **Régimen subsidiado en salud:** régimen de salud que busca otorgarle protección en salud a las personas y ciudadanos en estado de necesidad y de pobreza, a quienes el Estado tiene la obligación de proteger su salud y otorgarle servicios a su favor.
- **Seguridad Social**: la seguridad social es un derecho fundamental y un servicio a cargo del Estado compuesto por una serie de sistemas que pretenden contener las contingencias que puedan suceder en la vida de los ciudadanos.
- **Cotizantes**: ciudadano que tiene una relación contractual laboral o civil, e incluso independiente y pensionado, que realiza aportes económicos mensuales al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Beneficiarios**: personas que hacen parte del núcleo familiar del cotizante directo y obligatorio.
- **Riesgo laboral**: situación que deriva de la exposición del trabajador o ciudadano a unas situaciones y condiciones que podrían generarle daños por la exposición a condiciones físicas, mecánicas, psicosociales, químicas y ambientales.
- **Sistema General de Seguridad Social en Pensiones**: sistema integrante del sistema general de seguridad social en Colombia que busca darle cobertura a las contingencias propias de la vida en materia de vejez, enfermedad y accidentalidad, teniendo como función el otorgar cobertura y permitir la existencia de la persona bajo criterios de dignidad humana y mínimo vital.
- **Pensión**: derecho fundamental que se fundamenta en el aporte, cotización y ahorro que realiza el ciudadano afiliado para tener un ingreso futuro ante el acaecimiento de condiciones propias de la salud, de enfermedad y de la vejez, buscando "la concreción de los derechos fundamentales de las personas traducidos en la dignidad humana, el mínimo vital, la seguridad social y la vida digna
- **Régimen de ahorro individual con Solidaridad (RAIS):** régimen de pensiones administrado por

parte de las Administradoras de Fondo de Pensiones (AFP) de carácter privado en los que los ciudadanos realizan aportes a título de un ahorro futuro para lograr obtener su pensión de vejez y el cubrimiento de las contingencias de enfermedad para "la concreción de los derechos fundamentales de las personas traducidos en la dignidad humana, el mínimo vital, la seguridad social y la vida digna"[2].

- **Afiliados obligatorios**: sujetos a los cuales la legislación en materia de seguridad social en salud, riesgos laborales y pensiones, les ha determinado que deben cotizar al sistema por tener la suficiente capacidad económica para hacerlo.
- **Afiliados voluntarios**: sujetos a los cuales la legislación si bien no les ha prohibido la cotización al sistema general de seguridad social les permite hacerlo siempre que tengan las capacidades económicas para tal.
- **Trabajadores dependientes**: personas que tiene una relación laboral vigente con un contrato laboral vigente que genera una relación laboral.
- **Trabajadores independientes**: personas que no tienen una relación laboral ni contractual pública o privada definida y vigente, y que obtienen sus ingresos a partir del desarrollo de sus actividades privadas al margen de estas relaciones jurídicas. Usualmente son denominados como informales.
- **Contratistas:** personas que tienen en la actualidad un contrato de prestación de servicios regulado por el derecho privado o por el derecho público, siendo prestadores de una actividad o servicio concreto.
- **AFP**: Administradoras de fondo de pensiones, que son entidades de carácter privado que administran el régimen de pensiones de Ahorro individual con solidaridad (RAIS).
- **ARL**: Administradora de riesgos laborales que administran seguros para prevenir, proteger y atender a los trabajadores ante el desarrollo o acaecimiento de accidentes y enfermedad que se cataloguen como laborales.
- **EPS**: Empresa promotora de salud del régimen contributivo en salud.
- **EPS-S**: Empresa promotora de salud subsidiada del régimen subsidiado en salud.

6.BIBLIOGRAFIA

- Sistema de Seguridad Social en Salud
- Cancillería de Colombia (Sf). El régimen de pensiones [En línea: http://www.redescolombia.org/ejes/sistema- de-servicios-para-colombianos/seguridad-social-colombianos-exterior/sistema-general-de-pensiones] [Recuperado el 20 de abril de 2016]
- Central Unitaria de Trabajadores –CUT- & Confederación de Trabajadores de Colombia –CTC- (Sf). Cartilla 2, Seguridad Social.
- Escuela Superior de Administración Pública –ESAP- (Sf). Sistema general de pensiones, régimen de prima media.
- Ministerio de Salud de Colombia (2014). Aseguramiento al sistema general de seguridad social en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá (Sf). Cómo afiliarse al régimen subsidiado.
- Ministerio de Salud (Sf). Régimen Subsidiado.

- Ministerio de la protección social (2004). Sistema de Seguridad Social en Salud, régimen contributivo. Ministerio del Trabajo de Colombia (Sf). Cartilla de Riesgos Laborales.
- Secretaria de Salud y Ambiente del Municipio de Bucaramanga (SF). Deberes y derechos de los usuarios afiliados al sistema general de la seguridad social.

7.CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	**Cargo**	**Dependencia**	**Fecha**
Autor (es)		**Instructor**	**Salud**	**Agosto 2019**

CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	**Cargo**	**Dependencia**	**Fecha**	**Razón del Cambio**
Autor (es)					

ABECÉ DE LA AFILIACIÓN EN SALUD
Decreto 2353 de 2015



MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL - ABRIL DE 2016

Presentación

Abecé de la Afiliación en Salud



En el marco de la competencia de regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social presenta a los afiliados, a los distintos actores del Sistema y al país en general, el Abecé de la Afiliación en Salud.

En el contexto de la Ley Estatutaria de Salud, que reconoce la salud como un derecho fundamental, el concepto de afiliación adquiere una especial connotación, dado que se traduce en el acto mediante el cual se establece el vínculo jurídico entre el usuario y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, para garantizar el acceso efectivo y su continuidad, resultó necesario actualizar y adaptar las reglas de afiliación.

Es así como mediante el Decreto 2353 de 2015 se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se adoptan medidas para garantizar la continuidad de la atención en salud en cumplimiento de la Ley Estatutaria, que consagra la salud como un derecho fundamental, y se suprimen y agilizan los trámites a través del Sistema de Afiliación Transaccional –SAT que se crea.

El Abecé de la Afiliación en Salud, fue elaborada por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del Viceministerio de la Protección Social, como una guía del proceso de afiliación y novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido en el Decreto 2353 de 2015.

Este Abecé se estructura en siete (7) capítulos que describen en su orden: I. Los objetivos y el alcance del decreto; II. Las reglas para la afiliación, novedades, cobertura e inscripción a una EPS, las causales de terminación de la inscripción y composición del núcleo familiar; III. Las condiciones para el traslado y la movilidad en el Sistema y su efectividad; IV. Las medidas como la protección laboral y la protección al cesante que permitirán al cotizante y su núcleo familiar la continuidad de la atención en salud ante los cambios económicos como la pérdida del empleo; V. Efectos de la mora en el pago de la cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud; VI. Las condiciones para el reconocimiento de la licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general para los cotizantes en el Régimen Contributivo y VII. Los deberes y prohibiciones de los afiliados, las EPS y -EOC y de las entidades territoriales frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Esperamos que este documento sea de utilidad para las personas, afiliados y en general, para todos los actores del Sistema en el conocimiento y apropiación de los cambios adoptados por el Decreto 2353 de 2015, en materia de afiliación y novedades como un medio para garantizar el derecho fundamental a la salud y la continuidad de la atención.

Abreviaturas

Abecé de la Afiliación en Salud



SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SAT: Sistema de Afiliación Transaccional

EPS: Entidad Promotora de Salud

EOC: Entidad Obligada a Compensar

PILA: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes

UPC: Unidad de Pago por Captación

INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

UGPP: Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social

FOSFEC: Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

FNSPPL: Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Contenido:

Abecé de la Afiliación en Salud



I. Aspectos generales

II. Afiliaciones

III. Traslado y movilidad

IV. Instrumentos para garantizar la continuidad del aseguramiento ante los cambios en la condición económica de los afiliados

V. Efectos de la mora en el cambio de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Garantía de la atención en salud

VI. Prestaciones económicas

VII. Deberes y prohibiciones

I. Aspectos generales:

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuál es el objeto del Decreto 2353 de 2015?

Agrupar, unificar y actualizar las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptar medidas para garantizar la continuidad de la atención en cumplimiento de la Ley Estatutaria, que consagra la salud como un derecho fundamental, y hacer más ágiles y efectivos los trámites a través del Sistema de Afiliación Transaccional –SAT que se crea.

¿Cuándo entró en vigencia el Decreto 2353 de 2015?

El 3 de diciembre de 2015, sin embargo, algunas de sus disposiciones están sujetas a un periodo de transición hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional –SAT.

¿Qué es el Sistema de Afiliación Transaccional –SAT?

Es una plataforma que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se informará a los ciudadanos y a todos los agentes del sistema el momento en que entré a operar este sistema.

¿En qué consiste la libre escogencia?

En la libertad del afiliado para escoger entre las entidades promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadores de servicios de salud primarias (IPS), cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Coartar este derecho da lugar a sanciones.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cómo se define la afiliación al SGSSS?

Como un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, el cual implica la declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado.

¿Cómo se efectúa la afiliación al SGSSS?

Mediante el registro en el SAT y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud-EPS o Entidad Obligada a Compensar-EOC. Hasta tanto entre en operación el SAT, la afiliación se efectuará con el diligenciamiento, suscripción y radicación en la EPS del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, hoy adoptado en la Resolución 974 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La afiliación automática del recién nacido se efectúa de la misma manera: diligenciamiento, suscripción y radicación en la EPS del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, hasta tanto entre en operación el SAT; cuando esté operando: mediante registro en el SAT e inscripción en una sola EPS. El trámite lo llevan a cabo los cotizantes o cabeza de familia.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuándo se produce la desafiliación al SGSSS?

La desafiliación al Sistema sólo se producirá por el fallecimiento del afiliado.

¿Quiénes están obligados afiliarse al SGSSS?

Todos los residentes en Colombia, salvo aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los Regímenes Exceptuados o Especiales establecidos legalmente.

¿La afiliación tiene efecto retroactivo?

En el SGSSS no habrá afiliaciones retroactivas.

¿La EPS puede exigir como requisito para la afiliación la declaración del estado de salud?

En ningún caso las EPS podrán exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o el traslado de EPS. El incumplimiento de esta prohibición dará lugar a las investigaciones y sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Con posterioridad a la afiliación la EPS podrá levantar la información sobre el estado de salud de los afiliados con el objeto de administrar el riesgo en salud.

¿Cuándo inicia la cobertura en salud para los afiliados?

El afilado y los integrantes del núcleo familiar tendrán derecho a la cobertura plena de los servicios de salud del Plan de Beneficios a partir de la fecha de la afiliación o de la fecha de efectividad del traslado o de la movilidad. Este es un avance importante ya que antes del Decreto 2353 en el Régimen Contributivo se cubría solamente urgencias en el primer mes de afiliación.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Se amplió la composición del núcleo familiar del cotizante?

Ahora podrán permanecer como beneficiarios los hijos menores de veinticinco (25) años de edad que dependen económicamente del cotizante sin que sea necesario acreditar la calidad de estudiante; además, podrán incluirse como beneficiarios a los nietos mientras la madre o el padre tenga la condición de beneficiario; los sobrinos y hermanos menores de veinticinco (25) años de edad o de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante si los padres han fallecido o han perdido la patria potestad o están ausentes; y los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente.

¿Cómo se realiza la inscripción de los beneficiarios?

Mediante el diligenciamiento por el afiliado cotizante o cabeza de familia del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS (Resolución 974 de 2016) y la presentación del documento que acredite la calidad de beneficiario. Cuando entre en operación el SAT, la inscripción de beneficiarios se realizará mediante el registro de cada uno de los miembros que conforman el núcleo familiar en dicha plataforma.

Para la afiliación automática del recién nacido procede su inscripción como beneficiario.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Qué documentos acreditan la condición de beneficiario?

Tipo de beneficiario	Documento soporte
Cónyuge	Registro civil de matrimonio
Compañero o compañera permanente	La escritura pública, el acta de conciliación o la sentencia judicial que declare la unión marital
Hijos, padres o parientes hasta tercer grado de consanguineidad	Registro civil que corresponda según el caso
Hijo adoptivo	Certificado de adopción o acta de entrega del menor emitido por el ICBF o la entidad autorizada
Hijos mayores de 25 años con incapacidad permanente	La calidad de hijo con el registro civil y la incapacidad permanente mediante dictamen de la EPS en la se encuentre afiliado o la entidad competente cuando se trate de calificación de invalidez
Hijos menores de 25 años y los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente que como consecuencia de fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguineidad con el cotizante y dependan económicamente de éste	Documento de la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
Menores en custodia legal	La orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



Recuerde que la EPS no podrá exigir documentos o requisitos adicionales para la afiliación. (Art.5 Decreto 2353 de 2015).

¿En qué casos el afiliado al SGSSS debe presentar o actualizar el documento de identidad?

Es obligación de los afiliados aportar los documentos que permitan su correcta identificación y validación en el SGSSS, por lo tanto, si estos datos quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad o estos se modifican o se produce el cambio de documento, el afiliado debe:

- Si los datos básicos de identificación (Apellidos, nombres, fecha de nacimiento, sexo, tipo y número de documento de identificación) del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, el afiliado debe reportar la novedad a la EPS la novedad de "Corrección de datos básicos" de identificación en el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y anexar la copia del documento de identidad.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



- Si el afiliado ha cambiado de nombres, o de apellidos, o de sexo, debe reportar a la EPS la novedad de "Modificación de datos básicos de identificación" en el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y anexar la copia del documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas.

- Si el afiliado cumplió la edad que le obliga a cambiar de documento de identidad (Registro Civil de Nacimiento por Tarjeta de Identidad o Tarjeta de Identidad por Cédula de Ciudadanía) o en el caso de los extranjeros por perdida de vigencia del documento de identificación debe reportar a su EPS la novedad de "Actualización del documento de identidad" en el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y anexar la copia del documento actualizado.

- Recuerde: Mientras entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), el afiliado debe presentar a la EPS copia de los documentos de identidad, pues aún no está en línea la consulta sobre documentos, por parte de la EPS.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



Cuándo se entiende que existe dependencia económica y cómo se acredita?

Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia, la dependencia económica se declarará en el momento de la inscripción en la EPS y se presumirá la buena fe en su declaración. Para lo cual no será necesario que el afiliado presente documentos adicionales, toda vez que en el formulario de Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS se incluyó un campo para realizar dicha declaración.

¿Qué consecuencias genera la falta de presentación de los documentos que acreditan la condición de los beneficiarios?

- Si transcurridos tres (3) meses después del primer requerimiento de la EPS, el cotizante no allegue los documentos que acrediten la condición de sus beneficiarios, éstos no tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud, con excepción de la atención de las mujeres gestantes y los menores de edad.

- El costo de los servicios de salud, distintos de la atención inicial de urgencias que demanden sus beneficiarios deberá ser asumido por el cotizante

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Puede inscribirse como beneficiario al mismo tiempo a los padres e hijos de un cotizante?

Los padres que dependan económicamente de uno de los cónyuges, compañeros o compañeras permanentes y no tengan la calidad de cotizantes, podrán ser inscritos como beneficiarios al mismo tiempo con los hijos siempre y cuando ambos cónyuges, compañeros o compañeras permanentes sean cotizantes.

¿Puede un cotizante inscribir en el núcleo familiar otras personas distintas a las establecidas en la Ley como beneficiarios?

El cotizante podrá inscribir en su núcleo familiar mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación-UPC Adicional a otras personas que tengan la condición de familiares que se encuentren hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, tales como: hijos mayores de 25 años de edad; padre o madre cuando no puedan ser inscritos como beneficiarios, hermano(a)s, abuelo(a)s, sobrino(a)s, tío(a)s, primo(a)s, suegro(a), yerno/nuera, cuñado(a)s, abuelos del cónyuge si dependen económicamente de él y no cumplen las condiciones para ser cotizantes o beneficiarios en el Régimen Contributivo. Estas personas se denominan "Afiliados Adicionales".

El afiliado podrá consultar el valor de la UPC ADICIONAL vigente que se calcula con base en el artículo 38 del Decreto 2353 de 2015 y la resolución que fija el valor de la UPC para cada vigencia expedida anualmente por el Ministerio Salud y Protección Social, en la EPS o a través del operador de la PILA.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cómo se garantiza el derecho de aquella persona que teniendo las condiciones para ser beneficiarios de un cotizante no es inscrito por éste?

Si una persona reúne las condiciones para ser beneficiario de un cotizante y éste se niega a su inscripción como tal, podrá acudir a las Comisarías de Familia o los Defensores de Familia o las Personerías Municipales, entidades que deberán hacer la inscripción en la EPS. Para ello el interesado debe aportar los documentos que prueben la calidad de beneficiario.

¿Que pasa con la cobertura en salud de los beneficiarios cuando muere contizante?

Los beneficiarios del cotizante fallecido permanecen en el SGSSS por el mismo período de protección laboral, si el fallecido tuviere derecho a ella;

Los beneficiarios tienen un mes, siguiente al fallecimiento, para registrar la novedad en el Sistema de Afiliación Transaccional, y mientras entra en operación directamente en la EPS.

¿Cuándo se realiza la afiliación del recién nacido?

Todo recién nacido desde su nacimiento quedará afiliado y será inscrito en la EPS donde se encuentre inscrita la madre, salvo en los casos de fallecimiento de la madre al momento del parto, evento en el cual quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a su cargo el cuidado personal o detente su custodia. La EPS deberá garantizarle desde ese momento, la prestación de todos los servicios de salud del Plan de Beneficios.

¿Qué documento se necesita para la afiliación del recién nacido?

El Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el Certificado de Nacido Vivo. En todo caso, los padres del recién nacido o en ausencia de éstos quien tenga su custodia o cuidado personal deberán aportar el registro civil de nacimiento a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a su nacimiento.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cómo se realiza la afiliación del recién nacido de padres no afiliados?

La afiliación del recién nacido y menores de edad de padres no afiliados se adelantará por la IPS, a través del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS; una vez entre en operación el SAT se efectuará por este medio.

¿Puede una persona pertenecer simultáneamente al Régimen Subsidiado y al Régimen Contributivo?

Ninguna persona puede estar simultáneamente en el Régimen Subsidiado y en el Régimen Contributivo, ni inscribirse en más de una EPS. Por lo tanto, si una persona cumple las condiciones para cotizar deberá pertenecer obligatoriamente al Régimen Contributivo.

Así mismo, si una persona reúne simultáneamente, las condiciones para pertenecer a un Régimen Exceptuado o Especial y al Régimen Contributivo, deberá permanecer en el Régimen Exceptuado o Especial.

¿En qué consiste la afiliación oficiosa en el Régimen Subsidiado?

Es aquella que realiza la entidad territorial cuando la persona que cumple los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado se rehúsa a afiliarse. El afilado podrá, en ejercicio del derecho a la libre escogencia, trasladarse a la EPS de su elección dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de afiliación.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuándo se produce la terminación de la inscripción a la EPS?

La terminación de la inscripción en la EPS, se producirá cuando el cotizante en el Régimen Contributivo o el cabeza de familia en el subsidiado reporte alguna de las siguientes novedades: traslado; pérdida de las condiciones para seguir cotizando cuando se ha agotado la protección laboral, el mecanismo de protección al cesante o no se tenga derecho a ellos y no opere la movilidad; extinción de la condición de beneficiario; fijación de residencia fuera del país; cumplimiento de las condiciones para pertenecer a un Régimen Exceptuado o Especial; cumplimiento de las condiciones para estar como cotizante en el Régimen Contributivo, según la autoridad competente; y cuando se trate de personas privadas de la libertad y la cobertura está a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

¿Cuáles son los efectos de la terminación de la inscripción en una EPS?

Cuando se termina la inscripción, la EPS no garantiza la prestación de los servicios de salud del Plan de Beneficios ni reconoce las prestaciones económicas para los cotizantes del Régimen Contributivo.

Una vez reportada la novedad, el cotizante no debe realizar el pago de las cotizaciones, sin perjuicio del pago de los aportes que adeude.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cómo se realiza la atención de salud de la población privada de la libertad a cargo del INPEC?

La atención en salud de las personas privadas de la libertad y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, se realiza a través del modelo de atención del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas FNSPPL; si estas personas tienen la obligación de cotizar deberán efectuar el pago de sus aportes al SGSSS y su inscripción en la EPS, se mantendrá únicamente para sus beneficiarios.

¿Qué se entiende por novedad en el SGSSS?

Son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

¿Cómo se realiza el reporte de novedades en el SGSSS?

El reporte se hace mediante el diligenciamiento, suscripción y radicación por el afiliado cotizante o cabeza de familia del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS ante la EPS, una vez entre en operación el SAT éste se efectuará por esta plataforma.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



Responsable	Novedades
Régimen Contributivo Empleadores	Vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las de la relación laboral que puedan afectar su afiliación.
Trabajador dependiente	Ingreso como trabajador dependiente, movilidad, traslado, inclusión o exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales y actualización de datos.
independiente	Ingreso como trabajador independiente, pérdida de las condiciones para seguir cotizando, movilidad, traslado, inclusión o exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales y actualización de datos.
Beneficiarios	Fallecimiento del afiliado cotizante
Pensionados	Condición de pensionado, traslado, inclusión o exclusión de beneficiarios y actualización de datos.
Régimen Subsidiado El afiliado cabeza de familia	Traslado, movilidad, identificación y actualización de sus datos y de su núcleo familiar y de inclusión y exclusión de los miembros del núcleo familiar.

O el cabeza de los beneficiarios cuando se trate de pensión sustitutiva

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Qué se entiende por traslado en el SGSSS?

El traslado es el cambio de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o el cambio de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS siempre que se cumplan las condiciones previstas para el mismo.

Cuáles son las condiciones para el traslado?

Para ejercer el derecho al traslado, el afiliado cotizante o cabeza de familia debe:

- Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de un (1) año contado a partir del momento de la inscripción.
- No estar internado en una institución prestadora de servicios de salud, lo cual también aplica a cualquier miembro de su núcleo familiar.
- Estar a paz y salvo el trabajador independiente en el pago de las cotizaciones al SGSSS.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todos los integrantes de su núcleo familiar.

¿Desde cuándo se cuenta el tiempo mínimo de permanencia?

- El período mínimo de permanencia de un (1) año para tener derecho al traslado, solo se exigirá respecto del cotizante o cabeza de familia y se contará a partir de su inscripción en la EPS. El año de permanencia consiste en un periodo de 360 días continuos o discontinuos.
- Cuando un beneficiario hijo(a) adquiere empleo, el año de permanencia se contará desde su inscripción como beneficiario.

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuándo no aplica la regla general de permanencia?

- Cuando la EPS deje de operar por disolución o liquidación, revocatoria de la autorización o retiro del municipio.

- Cuando se presenten deficiencias en la prestación o suspensión del servicio o haya menoscabo a la libre escogencia de IPS o cuando red de prestadores no corresponda a la prometida;

- Cuando se unifique el núcleo familiar de los cónyuges o compañero(a)s permanente(s) o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente o ingresa a otro núcleo familiar.

- Cuando el afiliado cambie la residencia y la EPS donde se encuentra inscrito no tiene cobertura en el respectivo municipio.

- Cuando la afiliación o inscripción haya sido efectuada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social –UGPP; el empleador o la administradora de pensiones o la entidad territorial.

- Cuando se presenten deficiencias en la prestación o suspensión del servicio o haya menoscabo a la libre escogencia de IPS o cuando red de prestadores no corresponda a la prometida; previa autorización de la Supersalud.

En estos casos, es necesario elevar queja ante Superintendencia Nacional de Salud: Supersalud https://www.supersalud.gov.co/

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



PBX: (57-1) 481 7000
Línea gratuíta nacional: 018000 513700
Línea call center: (57-1) 483 7000
Fax: (57-1) 481 7000 opción 4

¿A partir de qué momento la EPS debe garantizar los servicios de salud después del traslado?

Desde el momento en que se hace efectivo el traslado, la EPS deberá garantizar al afiliado cotizante y a los miembros de su núcleo familiar la prestación de todos los servicios del Plan de Beneficios.

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Puede la EPS a la cual se realiza el traslado interrumpir o negarse a la prestación de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios ordenados con anterioridad por tutela?

Cuando se produzca el traslado de una EPS dentro de un mismo régimen o entre regímenes, Contributivo o Subsidiado, y existan sentencias de tutela que obliguen la prestación de servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios, la EPS receptora deberá garantizar su prestación sin interrupción de los servicios de salud al afiliado.

¿Qué es la movilidad en el SGSSS?

La movilidad en el SGSSS es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS cuando se trate de afiliados clasificados en los niveles I y II del SISBÉN y pertenecientes a poblaciones especiales, sin que se pueda interrumpir la prestación de los servicios de salud.

¿Cómo y cuándo se reporta la novedad de movilidad en el SGSSS?

La novedad de movilidad del Régimen Contributivo al Régimen Subsidiado debe reportarse por el cotizante de manera individual y directa a la EPS a través del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS, o a través del SAT cuando entre a operar, al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la pérdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Qué se entiende por traslado en el SGSSS?

El traslado es el cambio de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o el cambio de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS siempre que se cumplan las condiciones previstas para el mismo.

Cuáles son las condiciones para el traslado?

Para ejercer el derecho al traslado, el afiliado cotizante o cabeza de familia debe:

- Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de un (1) año contado a partir del momento de la inscripción.
- No estar internado en una institución prestadora de servicios de salud, lo cual también aplica a cualquier miembro de su núcleo familiar.
- Estar a paz y salvo el trabajador independiente en el pago de las cotizaciones al SGSSS.

Inscribir en la solicitud de traslado a todos los integrantes de su núcleo familiar.

¿Desde cuándo se cuenta el tiempo mínimo de permanencia?

- El período mínimo de permanencia de un (1) año para tener derecho al traslado, solo se exigirá respecto del cotizante o cabeza de familia y se contará a partir de su inscripción en la EPS. El año de permanencia consiste en un periodo de 360 días continuos o discontinuos.
- Cuando un beneficiario hijo(a) adquiere empleo, el año de permanencia se contará desde su inscripción como beneficiario.

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



La novedad de movilidad del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo debe reportarse por el afiliado y el empleador el día que adquiere la vinculación laboral o por el afiliado el día que adquiere las condiciones para cotizar como independiente, de manera directa a la EPS a través del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS o a través del SAT cuando entre en operación.

¿Si el afiliado reside en un municipio diferente a aquél en que le fue aplicada la encuesta SISBEN y ejerce la movilidad, el puntaje obtenido en la encuesta practicada por el municipio de origen se considerará válido?

Sí, hasta tanto el municipio en el que actualmente reside el afiliado le realice la encuesta. El cambio de residencia, en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

¿La novedad de movilidad puede registrarse de manera automática por la EPS?

Ninguna EPS está autorizada para registrar la novedad de movilidad sin que haya mediado la solicitud suscrita por el afiliado. El reporte de la novedad de movilidad sin que hubiere mediado la manifestación de la voluntad del afiliado en el Régimen Subsidiado se tiene como una práctica no autorizada que será sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud.

¿En qué momento se hace efectiva la movilidad en el SGSSS?

Si es movilidad del Régimen Contributivo al Régimen Subsidiado hay dos momentos: 1) Si el afiliado tiene derecho a la protección laboral y/o al mecanismo de protección al cesante, la movilidad se hace efectiva al día siguiente al vencimiento del cubrimiento de este o estos, y 2) Si el afiliado no tiene derecho a la protección laboral ni a la protección al cesante, la movilidad se hace efectiva a partir del día siguiente al vencimiento de la cobertura del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



Si es movilidad del Régimen Subsidiado al Contributivo será efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha de radicación en la EPS del Formulario Único de Afiliación y Novedades al SGSSS, o del registro en el SAT cuando entre a operar.

¿Cuándo el afiliado debe hacer la movilidad y no el traslado?

El afiliado obligatoriamente debe registrar la novedad de movilidad y no la novedad del traslado cuando:

- El cabeza de familia inscrito en una EPS del Régimen Subsidiado adquiere las condiciones para cotizar en el Régimen Contributivo y no ha cumplido el período de permanencia para el traslado.

- Un integrante del núcleo familiar en el Régimen Subsidiado adquiera las condiciones para cotizar en el Régimen Contributivo y no ha cumplido el período de permanencia para el traslado.

- El cotizante en el Régimen Contributivo no reúne las condiciones para seguir cotizando y no ha cumplido el período de permanencia para el traslado si cumple las condiciones para la movilidad.

- Un beneficiario en el Régimen Contributivo pierda tal calidad y no ha cumplido el término de permanencia para el traslado si cumple las condiciones para la movilidad.

IV. Instrumentos para garantizar continuidad del aseguramiento ante los cambios en la condición económica del afiliado

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Qué instrumentos se prevén para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud ante los cambios en la condición económica del afiliado, por ejemplo, la pérdida del empleo?

Además de la Movilidad, el decreto contempla los siguientes instrumentos para garantizar la continuidad del aseguramiento:

Período de Protección Laboral: Durante este periodo la EPS garantiza el cubrimiento de todos los servicios de salud del Plan de Beneficios y no solamente de los tratamientos en curso y urgencias al cotizante y su núcleo familiar, una vez ha finalizado el periodo por el cual se realiza el último pago de la cotización; hasta por un (1) mes más cuando ha estado inscrito y ha cotizado como mínimo durante (12) doce meses o hasta por tres (3) meses si ha permanecido y cotizado de manera continua cinco (5) o más años en la misma EPS.

Si fallece el cotizante, los beneficiarios tienen derecho a todos los servicios de salud por los mismos períodos si el cotizante fallecido tuviere derecho a ellos.

Protección en salud a través del Mecanismo de Protección al Cesante: Mediante este mecanismo el trabajador, con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante –FOSFEC, recibirá el beneficio del pago de aportes a los Sistemas Generales de Salud y Pensiones sobre un (1) SMMLV, hasta por seis (6) meses, lo que permitirá al afiliado cotizante y a su núcleo familiar mantener la continuidad de la prestación de los servicios que venían recibiendo y las prestaciones económicas por enfermedad general y maternidad establecidas en el SGSSS para el cotizante.

Inscripción como beneficiario o afiliado adicional: Es la posibilidad de que un afiliado que no se encuentra clasificado en los niveles I y II del -SISBÉN y no reúne las condiciones para cotizar como independiente de mantener su inscripción en una EPS del Régimen Contributivo como beneficiario o como afiliado adicional, si reúne las condiciones para ello.

V. Efectos de la mora en el pago de las cotizaciones al SGSSS y garantía de la atención en salud

Abecé de la Afiliación en Salud



Qué consecuencias acarrea el no pago de las cotizaciones al SGSSS?

El no pago de las cotizaciones dará lugar a la no prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios, no de manera inmediata, sino cuando se cumplan dos condiciones: que el cotizante deje de pagar dos (2) meses consecutivos de aportes y que la EPS le hubiere requerido para el pago de las mismas.

¿Cuáles son los efectos de la mora en el pago de las cotizaciones de los trabajadores dependientes?

Cuando el empleador se encuentre en mora, al trabajador la EPS podrá suspender la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan de Beneficios, salvo que se trate de la atención de gestantes y de menores de edad y el empleador deberá pagar el costo de los servicios de salud que demande el trabajador y los integrantes de su núcleo familiar. También deberá pagar las cotizaciones adeudadas y los intereses de mora que se causen por el no pago de las mismas.

Si al trabajador le descontaron de su salario el aporte y el empleador no efectuó el pago de los aportes encontrándose en mora, la EPS deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud hasta por el término máximo de doce (12) meses al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar que se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias. Para acceder a los servicios de salud, el trabajador deberá allegar el desprendible de pago o su documento equivalente en el que conste que le ha sido descontado el aporte a su cargo y la EPS no podrá negar la atención, cubrirá los costos y repetirá contra el empleador.

V. Efectos de la mora en el pago de las cotizaciones al SGSSS y garantía de la atención en salud

Abecé de la Afiliación en Salud



Si al trabajador no le descontaron de su salario el aporte y el empleador no efectuó el pago de los aportes encontrándose en mora, la EPS únicamente deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud de las gestantes y de los menores de edad. Para los demás trabajadores e integrantes del núcleo familiar, el empleador deberá garantizar la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de la obligación de pagar las cotizaciones adeudadas y los intereses de mora que se causen por el no pago de las mismas.

Tampoco habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad por parte del Sistema o de la EPS, cuando la EPS hubiere requerido al empleador el pago de las cotizaciones en mora.

Si al terminar la relación laboral el empleador se encuentra en mora, el trabajador podrá inscribirse en una EPS con un nuevo empleador o como trabajador independiente, o acceder al período de protección laboral o al mecanismo de protección al cesante, o ejercer la movilidad en el Régimen Subsidiado con su núcleo familiar, sin que le puedan oponer la mora del empleador.

¿Qué debe hacer el trabajador ante la negación de los servicios de salud causada por la mora del empleador, cuando a éste se le ha efectuado el descuento correspondiente y se encuentra con un tratamiento en curso sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias?

El trabajador cotizante deberá reportar a la Superintendencia Nacional de Salud los casos en los que la EPS niegue los servicios argumentando la mora del empleador. El reporte se hará mediante la remisión del "formato de negación de servicios" o por vía escrita o telefónica o cualquier otro medio expedito que disponga esa entidad.

V. Efectos de la mora en el pago de las cotizaciones al SGSSS y garantía de la atención en salud

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuáles son los efectos de la mora para los trabajadores independientes?

Cuando el trabajador independiente se encuentre en mora, la EPS podrá suspender la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan de Beneficios, salvo que se trate de la atención de gestantes y de menores de edad, evento en el cual garantizará los servicios de salud de manera continua. También deberá garantizar la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar hasta por cuatro (4) períodos consecutivos de mora cuando se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias. Vencido este término se les garantizará la continuidad de la atención a través de los prestadores de la red pública.

Producida la suspensión de los servicios de salud por mora en el pago de las cotizaciones, los servicios que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar les serán prestados a través de la red pública y deberán efectuar los pagos establecidos en las normas vigentes.

Cuando la afiliación y el pago de aportes se efectúa a través de una agremiación o asociación autorizada para la afiliación colectiva y ha mediado el pago de la cotización por parte del trabajador independiente a la agremiación o asociación, las prestaciones económicas del cotizante y los costos derivados de la atención en salud que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar, durante el período de suspensión por mora, estarán a cargo de la agremiación o asociación correspondiente.

Cuando el trabajador independiente suscriba acuerdos de pago por las cotizaciones e intereses adeudados, la EPS podrá optar por garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud de éste y de su núcleo familiar.

No habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad por parte del Sistema o de la EPS, cuando la EPS hubiere requerido al empleador el pago de las cotizaciones en mora.

V. Efectos de la mora en el pago de las cotizaciones al SGSSS y garantía de la atención en salud

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuáles son los efectos económicos de la suspensión de la afiliación por mora del trabajador independiente?

Durante el período de suspensión de la afiliación del trabajador independiente no se causará deuda por las cotizaciones e intereses de mora, pero si tendrá la obligación de cancelar, los períodos de cotizaciones y los intereses de mora causados antes de la suspensión. Lo anterior no exime al trabajador independiente de la obligación de reportar las novedades referidas a la perdida de las condiciones para seguir cotizando al Sistema.

¿Qué consecuencia acarrea la mora en el pago de los aportes por parte de las agremiaciones y asociaciones autorizadas para la afiliación colectiva?

Cuando las agremiaciones y asociaciones de afiliación colectiva en un período no efectúen el pago de aportes a salud de la totalidad de los trabajadores independientes agremiados, la entidad responsable del pago de aportes quedará incursa en causal de cancelación de la autorización de afiliación colectiva.

¿Cómo se garantiza la atención en salud en los casos de mora a las mujeres gestantes y beneficiarios menores de edad por efectos de la mora?

En los casos de mora, cuando se trate de menores de edad la EPS estará obligada a garantizar la atención en salud hasta por un término máximo de doce (12) períodos de cotización en mora y si se trata de las mujeres gestantes, la EPS garantizará su atención por el período de gestación. La EPS podrá coordinar con la entidad territorial correspondiente la continuidad de la prestación de los servicios de salud a través de los prestadores de la red pública, sin afectar la seguridad e integridad del paciente y cesará la obligación a su cargo.

¿Cuáles son los efectos de la mora en las cotizaciones de los pensionados?

Cuando el pagador de pensiones incurra en mora en el pago de los aportes a cargo de los pensionados no se suspenderá la afiliación ni la prestación de los servicios de salud del Plan de Beneficios a éstos y a sus núcleos familiares.

VI. Prestaciones Económicas

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuáles son las nuevas reglas para el reconocimiento de la licencia de maternidad por el SGSSS?

El reconocimiento de la licencia de maternidad requiere: 1) haber efectuado la afiliada aportes al SGSSS, durante los meses que correspondan al período de gestación; sin embargo, si no se cotizó durante todo el periodo de gestación, se le reconocerá de manera proporcional, y 2) encontrarse al día en el pago de las cotizaciones, si no se ha realizado el pago oportuno de las cotizaciones, se reconocerá la licencia de maternidad si a la fecha del parto se ha pagado la totalidad de las cotizaciones.

¿Cuándo procede el reconocimiento y pago proporcional de la licencia de maternidad?

Ahora, cuando por inicio de la vinculación laboral en el caso de las trabajadoras dependientes o cuando se hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación en el caso de las trabajadoras independientes, se reconocerá y pagará proporcionalmente como valor de la licencia de maternidad un monto equivalente al número de días cotizados frente al período real de gestación.

Cómo se efectúa el reconocimiento de la licencia de maternidad para las trabajadoras independientes de bajos ingresos que no hayan cotizado, durante todo el período de gestación?

La trabajadora independiente cuyo ingreso base de cotización sea de un salario mínimo mensual legal vigente y ha cotizado un período inferior al de la gestación, tendrá derecho al reconocimiento de la licencia de maternidad, al pago completo de la licencia cuando ha dejado de cotizar hasta por dos (2) períodos y al pago proporcional cuando ha dejado de cotizar por más de dos (2) períodos.

¿Cuáles son las nuevas reglas para el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general?

Ahora, el reconocimiento de la incapacidad por enfermedad general solo requiere: 1) haber efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas, y 2) encontrarse al día en el pago de las cotizaciones.

VII. Deberes y prohibiciones

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuáles son los deberes de las personas frente al SGSSS?

Las personas frente al SGSSS deben:

- Suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, estado de salud e ingresos; efectuar el pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; el ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema.

- Actualizar el documento de identificación cuando se expida un nuevo tipo de documento y reportar las novedades de su estado de afiliación y de los cambios de su núcleo familiar.

¿Qué prohibiciones se establecen para las EPS y EOC, en materia de afiliación?
A las EPS y EOC en el proceso de afiliación les está prohibido:

- Exigir para la afiliación y/o el reporte de novedades documentos o trámites adicionales a los establecidos en las normas vigentes.

- Negar la inscripción por razones de edad, estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios.

- Negar la inscripción argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación.

- Exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o el traslado de EPS.

- Registrar la novedad de movilidad sin que haya mediado la solicitud suscrita por el afiliado.

VII. Deberes y prohibiciones

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuáles son los deberes de las personas frente al SGSSS?

Las personas frente al SGSSS deben:

- Suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, estado de salud e ingresos; efectuar el pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; el ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema.

- Actualizar el documento de identificación cuando se expida un nuevo tipo de documento y reportar las novedades de su estado de afiliación y de los cambios de su núcleo familiar.

¿Qué prohibiciones se establecen para las EPS y EOC, en materia de afiliación?
A las EPS y EOC en el proceso de afiliación les está prohibido:

- Exigir para la afiliación y/o el reporte de novedades documentos o trámites adicionales a los establecidos en las normas vigentes.

- Negar la inscripción por razones de edad, estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios.

- Negar la inscripción argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación.

- Exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o el traslado de EPS.

- Registrar la novedad de movilidad sin que haya mediado la solicitud suscrita por el afiliado.

VII. Deberes y prohibiciones

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Qué prohibiciones se establecen para las entidades territoriales?

Las autoridades y entidades públicas de los órdenes distrital, departamental y municipal y a las entidades responsables de las poblaciones especiales no podrán promover o inducir la afiliación a una determinada EPS. Cuando se adviertan estas conductas, los afiliados o las EPS, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud para que ésta adelante las acciones de inspección, vigilancia y control correspondientes, sin perjuicio de las sanciones disciplinarias, penales o fiscales a que haya lugar.

¿Qué otras prohibiciones contempla el decreto de afiliación?

En el proceso de afiliación también está prohibido:

- Realizar la afiliación individual o colectiva a través de relaciones laborales inexistentes o por entidades que no estén debidamente autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta conducta se tendrá como práctica no autorizada y será investigada y sancionada por las autoridades competentes.

- La adulteración o el uso indebido de las bases de datos de los afiliados con fines diferentes al registro, reporte y consulta de las afiliaciones y de las novedades que no refleje la voluntad de los afiliados o afecte los derechos de las personas a la afiliación, traslado y movilidad, o el acceso a los servicios de salud y a las prestaciones económicas constituye una práctica no autorizada y su ocurrencia dará lugar a las sanciones administrativas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y a las acciones penales, según el caso.

- Registrar o suministrar por parte del empleador o el afiliado cotizante, información falsa o engañosa de la pérdida de la relación laboral o de las condiciones para seguir cotizando como independiente para acceder a la movilidad. Cuando el empleador o el afiliado cotizante incurran en esta conducta y haya tenido lugar la movilidad deberá pagar las cotizaciones e intereses de mora que se hubieren causado, sin perjuicio de las sanciones correspondientes a cargo de las autoridades competentes.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO 2353 **DE 2015**

(3 DIC 2015

Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales legales, en especial las conferidas en el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política y en los artículos 154, 157 y 159 de la Ley 100 de 1993; 42.3 de la Ley 715 de 2001; 3º del Decreto-ley 1281 de 2002; 2, 5, y 8 de la Ley 828 de 2003; 14 literal a) de la Ley 1122 de 2007; 32 de la Ley 1393 de 2010; 3, 32 y 35 de la Ley 1438 de 2011; 11 literal f) de la Ley 1474 de 2011; 5º literal b, 11 y 19 de la Ley 1751 de 2015; y, artículo 218 de la Ley 1753 de 2015

CONSIDERANDO:

Que el artículo 48 de la Constitución Política establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y que se garantiza a todos los habitantes como un derecho irrenunciable.

Que el artículo 49 de la Carta consagra como obligación del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que el artículo 154 de la Ley 100 de 1993 prevé la intervención del Estado en el servicio público de seguridad social en salud con el fin de garantizar el desarrollo de los principios constitucionales y legales que informan los servicios de salud y de seguridad social para asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Que, en el mismo sentido el precitado artículo señala, como otro de los fines de la intervención del Estado en los servicios de salud y de seguridad social, lograr el acceso progresivo a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país.

Que a través de la Ley 1751 de 2015 se regula el derecho fundamental a la salud, consagrándolo como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Que la precitada ley dispone como obligación del Estado respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y para su garantía debe, entre otros, formular y adoptar políticas de salud en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema.

Que igualmente la referida ley consagra los principios del derecho fundamental a la salud, disponiendo entre otros, el de continuidad como el derecho a recibir los servicios de salud de manera continua y el de libre elección como la libertad que tienen las personas para elegir las entidades de salud dentro de la oferta disponible.

Que es necesario avanzar en la incorporación de las medidas de protección desarrolladas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional al amparar los derechos de las personas, como las de acceso a la licencia de maternidad, la protección de poblaciones vulnerables como los menores de edad y la continuidad de los servicios de salud de quienes sufren cambios en sus condiciones económicas.

Que el Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS –tiene como fundamento la universalidad del aseguramiento y de la prestación de los servicios del plan de beneficios a todos los residentes del país, en todas las etapas de su vida.

Que de acuerdo con el modelo de aseguramiento vigente, elegido por el legislador, el aseguramiento se realiza de manera general a través de las EPS del régimen contributivo y subsidiado y por tanto, los ciudadanos tienen el deber de asegurar su pertenencia a uno u otro régimen según corresponda. Así, el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza el acceso a los servicios del plan de beneficios indistintamente de la capacidad de pago, y aquellas personas que no la tienen pueden afiliarse al régimen subsidiado.

Que a su vez, para asegurar la sostenibilidad del sistema es necesario que las instituciones públicas y privadas encargadas de garantizar la prestación de servicios de salud, en virtud del principio de solidaridad y corresponsabilidad del

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

---

sistema, exijan a aquellas personas independientes con capacidad de pago o a aquellas que tienen obligaciones legales como los empleadores, el pago oportuno de las contribuciones al sistema.

Que no obstante los deberes legales de quienes tienen capacidad de pago de contribuir al sistema y de las autoridades de exigir estas contribuciones, la continuidad en la prestación del servicio es un principio del derecho fundamental a la salud contenido en la Ley 1751 de 2015. Así quedó consignado en el artículo 6 de la precitada ley: *"(...)* el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios: *(...) d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas; (...)".*

Que con relación a la mora de las cotizaciones obligatorias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es menester modificar las reglas a nivel reglamentario sobre suspensión o terminación de la afiliación que se encuentran hoy vigentes, y establecer un mecanismo que garantice la continuidad en la prestación de los servicios de salud, pero que a su vez genere los incentivos necesarios para que aquellas personas que tienen la obligación de contribuir a la sostenibilidad del sistema lo hagan, de lo contrario, fomentar una cultura de no pago en los usuarios podría llevar a un escenario crítico de financiación del sistema afectando el interés individual y colectivo.

Que las normas a nivel reglamentario que se establecen en el presente decreto, recogen la jurisprudencia sobre mora contenida en la Sentencia C-800 de 2003 de la Corte Constitucional, que reconoce que si bien las EPS deberán garantizar en algunos casos de manera temporal la prestación de los servicios a pesar de la mora, son las autoridades públicas quienes están en la obligación de garantizar los mecanismos para la prestación del servicio pasado un determinado tiempo.

Que es necesario agrupar, unificar y simplificar las reglas de afiliación a través de un sistema unificado y sistematizado de la información que reduzca los trámites de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus novedades y que elimine las barreras que afectan el acceso a los servicios de salud de los afiliados.

Que las disposiciones que se incorporan relacionadas con los pueblos indígenas, y las comunidades Rom no introducen cambios a la normativa vigente que, en su momento, fue objeto de Consulta Previa con el Gobierno Nacional conforme a lo previsto por el Convenio 169 de la OIT, la Ley 21 de 1991 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Que en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto unificar y actualizar las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, crear el Sistema de Afiliación Transaccional, mediante el cual se podrán realizar los procesos de afiliación y novedades en el citado Sistema, y definir los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

Artículo 2. Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en el presente decreto se aplican a la población que deba afiliarse y a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud; a las Entidades Promotoras de Salud-EPS y Entidades Obligadas a Compensar-EOC; a los administradores y operadores del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA o quien haga sus veces; a los aportantes, administradores y operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA; a los prestadores de servicios de salud y a las entidades territoriales.

A los regímenes exceptuados y especiales establecidos legalmente les aplica lo dispuesto en los artículos 12, numeral 12.2, 82, 83 y 85 del presente decreto.

Artículo 3. Definiciones. Para los efectos del presente decreto, las expresiones afiliación, afiliado, datos básicos, inscripción a la Entidad Promotora de Salud - EPS, movilidad, novedades, registro, traslados, traslado de EPS dentro de un mismo régimen, traslado de EPS entre regímenes diferentes, y validación tendrán los siguientes alcances:

3.1. **Afiliación:** Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional, por una única vez, y de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud – EPS – o Entidad Obligada a Compensar – EOC –.

3.2. **Afiliado:** Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

3.3. **Afiliado adicional:** Es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, conforme a lo previsto en el presente decreto se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una UPC adicional.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

3.4. **Afiliado cabeza de familia:** Es la persona que pertenece al régimen subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, según lo previsto en el presente decreto, así como el registro de las novedades correspondientes.

3.5. **Datos básicos:** Son los datos referidos a la identificación del afiliado: apellidos, nombres, fecha de nacimiento, sexo, tipo y número de documento de identificación y condición de supervivencia.

3.6. **Datos complementarios:** Son los datos adicionales del afiliado y del aportante, si fuere el caso, relacionados con su ubicación geográfica e información de contacto, la administración del riesgo en salud y demás que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.7. **Información de referencia:** Es la información que permite validar la identificación y datos básicos de los afiliados, el cumplimiento de los requisitos para la afiliación y las novedades en los regímenes contributivo y subsidiado, o que permite garantizar la integridad y consistencia de la misma.

3.8. **Inscripción a la EPS:** Es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una Entidad Promotora de Salud a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

3.9. **Movilidad:** Es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales.

3.10. **Novedades:** Son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

3.11. **Plan de beneficios:** Es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud definido conforme a la normativa vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

3.12. **Poblaciones especiales**: Son las personas que por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad manifiesta, según lo dispuesto por la ley o por el presente Decreto deben pertenecer al régimen subsidiado.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

3.13. **Registro en el Sistema de Afiliación Transaccional:** Es el acto a través del cual se registra, por una única vez, la información de los datos básicos y complementarios de los afiliados en el Sistema de Afiliación Transaccional.

3.14. **Registro de novedades:** Es el acto de actualización de la información de los datos básicos y complementarios de los afiliados y de las novedades de la afiliación en el Sistema de Afiliación Transaccional.

3.15. **Traslados:** Son los cambios de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.16. **Traslado de EPS dentro de un mismo régimen:** Es el cambio de inscripción de EPS dentro un mismo régimen.

3.17. **Traslado de EPS entre regímenes diferentes:** Es el cambio de inscripción de EPS de regímenes diferentes.

3.18. **Validación:** Es la verificación de la información que reporta el afiliado, el aportante o la entidad territorial contra la información de referencia. En el caso de la validación de la identificación y datos básicos de las personas, la validación se realizará contra las tablas construidas a partir de la información reportada por las entidades responsables de la expedición de los documentos de identidad.

Artículo 4. Aplicación del principio de la buena fe. En aplicación del principio constitucional de la buena fe, en las actuaciones que las personas adelanten ante cualquiera de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud se presumirá que sus afirmaciones y manifestaciones corresponden a la verdad material; lo anterior, sin perjuicio de las denuncias que deban adelantar los actores ante las autoridades competentes cuando se tenga indicios de engaño o fraude al Sistema o de que se están utilizando mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema.

Artículo 5. Prohibición de solicitar requisitos adicionales. La afiliación y novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se regulan por las disposiciones previstas en el presente decreto, sin que se requieran documentos o trámites adicionales.

Artículo 6. Prohibición de selección de riesgo por parte de las EPS. Las EPS no podrán negar la inscripción a ninguna persona por razones de su edad o por su estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios. Tampoco podrán negar la inscripción argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación según lo dispuesto en el presente decreto.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Todas las acciones orientadas a negar la inscripción o desviarla a otra Entidad Promotora de Salud, así como promover el traslado de sus afiliados se considerarán como una práctica violatoria al derecho de la libre escogencia.

Las entidades territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, adelantarán las acciones de vigilancia y control a que hubiera lugar.

Artículo 7. Prohibición a las entidades territoriales y a las entidades responsables de las poblaciones especiales. Las autoridades y entidades públicas de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal y las entidades responsables de las poblaciones especiales no podrán promover o inducir la afiliación a una determinada EPS.

Cuando se adviertan estas conductas, los afiliados o las EPS deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud para que ésta adelante las acciones de inspección, vigilancia y control correspondientes, sin perjuicio de las sanciones disciplinarias, penales o fiscales a que haya lugar.

Cuando la autoridad territorial identifique afiliados al Régimen Subsidiado que no cumplan las condiciones para ser beneficiarios del mismo, deberá adelantar la actuación administrativa tendiente a la exclusión como afiliado en el régimen subsidiado e informar a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP y al Departamento Nacional de Planeación. En caso de incumplimiento de estas obligaciones la autoridad territorial estará sujeta a las acciones disciplinarias, administrativas, fiscales y penales a que hubiere lugar.

Artículo 8. Prohibición de adelantar afiliaciones por entidades no autorizadas. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud está prohibido realizar la afiliación individual o colectiva a través de relaciones laborales inexistentes o por entidades que no estén debidamente autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta conducta se tendrá como práctica no autorizada y será investigada y sancionada por las autoridades competentes.

Artículo 9. Prohibición de conductas tendientes a afectar derechos de los afiliados. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud la adulteración o el uso indebido de las bases de datos de los afiliados con fines diferentes al registro, reporte y consulta de las afiliaciones y de las novedades que no refleje la voluntad de los afiliados o afecte los derechos de las personas a la afiliación, traslado y movilidad, o el acceso a los servicios de salud y a las prestaciones económicas constituye una práctica no autorizada y su ocurrencia dará lugar a las sanciones administrativas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y a las acciones penales previstas en el artículo 22 de la Ley 1474 de 2011, según el caso.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Artículo 10. Deberes de las personas. Son deberes de las personas en relación con el Sistema General de la Seguridad Social en Salud los establecidos en los artículos 160 de la Ley 100 de 1993 y 10 de la Ley 1751 de 2015, en especial los referidos al suministro de información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingresos; al pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; al ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema.

CAPÍTULO II

SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL

Artículo 11. Creación del Sistema de Afiliación Transaccional. Créase el Sistema de Afiliación Transaccional como un conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las transacciones que pueden realizar los diferentes usuarios, de acuerdo con las competencias de éstos y los niveles de acceso que se definan. Una vez el Sistema de Afiliación Transaccional inicie su operación, éste será el medio para el registro de la afiliación y el reporte de novedades.

El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la administración del Sistema de Afiliación Transaccional y definirá la responsabilidad de cada uno de los actores en el registro y reporte de la información en el Sistema, la estructura de datos y los medios magnéticos o electrónicos que se requieran para procesar la información del mismo.

El Sistema de Afiliación Transaccional permitirá a los prestadores consultar la información de los afiliados. Este Sistema podrá interoperar con los sistemas de información y procesos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y con otros relacionados con la protección social.

La información contenida en el Sistema de Afiliación Transaccional y su manejo, cuando corresponda, estarán sujetos a las disposiciones sobre protección de datos regulados por la Ley 1581 de 2012 y las normas que la reglamenten, adicionen o sustituyan.

El Sistema de Afiliación Transaccional permitirá la consulta de la información

---

referente al estado de pagos de las cotizaciones, en especial, la de los empleadores respecto de sus trabajadores como cotizantes dependientes. Este Sistema podrá interoperar con la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA y para su consulta también podrán acceder las entidades públicas y privadas responsables del recaudo y de la vigilancia y control del pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo, esta información sobre las personas que se encuentran en mora deberá estar disponible para efectos del reporte de que trata el artículo 5 de la Ley 828 de 2003, así como, de la verificación de la información en el registro único de proponentes de que trata la mencionada ley.

Artículo 12. Elementos del Sistema de Afiliación Transaccional. Constituyen elementos básicos del Sistema de Afiliación Transaccional, los siguientes:

12.1. La información de referencia para la correcta identificación de los afiliados, construida a partir de la información reportada por la Registraduría Nacional del Estado Civil, Migración Colombia y cualquier otra entidad que tenga a su cargo la expedición de documentos de identidad de nacionales y residentes extranjeros; la verificación de la población potencialmente beneficiaria de subsidios; la verificación de supervivencia, la identificación inicial del recién nacido y la relación de parentesco de este con la madre; el control de las afiliaciones colectivas, la integridad y consistencia de la información reportada por afiliados y aportantes; y toda aquella información que el Ministerio considere relevante para el cumplimiento de los objetivos definidos para la información de referencia.

12.2. La información de referencia que permita controlar la multiafiliación al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud y entre éste y los regímenes especiales y de excepción.

12.3. La información de referencia que permita validar los datos que se ingresen al Sistema.

12.4. El registro oficial de todos los aportantes y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su identificación, estado de pago de las cotizaciones y demás información que el Ministerio de Salud y Protección Social considere relevante.

12.5. Las reglas de afiliación y novedades contenidas en las disposiciones vigentes que soportan las validaciones para el registro de la afiliación y las novedades y que permiten controlar la calidad de los datos y la integridad de la información.

12.6. La plataforma tecnológica y de comunicaciones que soporte este Sistema.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Artículo 13. Soportes documentales en el Sistema de Afiliación Transaccional. La identificación y datos básicos de los afiliados serán validados contra la información de referencia disponible. Si la información es coincidente no será necesario allegar documentación soporte. Si no es coincidente o no existe en la información de referencia, el Sistema dispondrá de los medios para la recepción, clasificación y recuperación de soportes digitales en aquellos casos en los que sea necesario aportar documentos o datos adicionales para acreditar la identificación, la condición de beneficiarios y los demás que se requieran.

Parágrafo. El Sistema de Afiliación Transaccional podrá validar la condición de beneficiario con base en las tablas de referencia de que disponga, caso en el cual no serán exigibles los soportes documentales. Cuando se alleguen soportes documentales para acreditar la condición de beneficiario, las EPS o EOC serán responsables de validar ésta condición.

Artículo 14. Identificación de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los datos básicos de identificación de los afiliados que se ingresen al Sistema de Afiliación Transaccional deberán ser concordantes con la información de referencia. El Sistema contará con las validaciones correspondientes con el fin de no permitir el ingreso de identificaciones inexistentes o datos básicos errados. Estos datos solo pueden ser modificados con el soporte de acto administrativo o el acto proferido por la autoridad competente.
En el Sistema de Afiliación Transaccional por cada afiliado existirá un único registro, con independencia de los documentos de identidad con los cuales se le asocie. El Sistema dispondrá los instrumentos que permitan la correlación entre los diferentes documentos expedidos para una persona por la entidad competente.

Las EPS o EOC deberán adoptar medidas tendientes a evitar que los errores e inconsistencias en los datos básicos de identificación de los afiliados afecten la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

Artículo 15. Transición al Sistema de Afiliación Transaccional. Las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud que, a la fecha en la que empiece a operar el Sistema de Afiliación Transaccional, se encuentren incluidas en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) se considerarán registradas en dicho Sistema e inscritas en la EPS o EOC en la que venían afiliadas, siempre y cuando sus datos básicos se encuentren correctamente registrados y validados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Sistema de Afiliación Transaccional entrará en operación en forma gradual, en una etapa inicial se realizará la verificación de datos básicos del afiliado. En los casos en que el registro de un afiliado no sea coincidente con la información de referencia, el afiliado deberá actualizar sus datos básicos a través del Sistema de

---

Afiliación Transaccional ó en cumplimiento del artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012, el administrador del Sistema podrá corregirlos con base en la información de referencia.

Si el documento de identidad no figura o no coincide con la información de referencia, tratándose de mayores de edad no ingresarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema de Afiliación Transaccional y para el caso de los menores de edad, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el plazo y los términos para su ingreso a la misma.

Parágrafo. En ningún caso esta validación podrá afectar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la EPS deberá adelantar las gestiones para la corrección en un plazo no mayor de un (1) mes al requerimiento que le formule el administrador del Sistema. Vencido dicho término sin que se hubieren validado los datos básicos del afiliado, se suspenderá el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación-UPC a la EPS hasta cuando se produzca la validación de estos afiliados.

Constituye obligación de los afiliados proveer las pruebas necesarias para su correcta identificación y validación en el Sistema de Afiliación Transaccional.

CAPÍTULO III

REGLAS DE AFILIACIÓN COMUNES A LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

Artículo 16. Afiliación. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, el cual se efectúa con el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud - EPS o Entidad Obligada a Compensar - EOC, mediante la suscripción del formulario físico o electrónico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud implica la declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al régimen contributivo o al régimen subsidiado.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud implica la aceptación de las condiciones propias del régimen contributivo o subsidiado y aquellas relacionadas con las cuotas moderadoras y copagos para la prestación de los servicios de conformidad con las normas vigentes las cuales deberán ser informadas al afiliado.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud no habrá afiliaciones retroactivas.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la fecha a partir de la cual la afiliación deberá realizarse a través del formulario electrónico y los eventos en los cuales, de manera excepcional, la afiliación podrá efectuarse mediante el diligenciamiento de formulario físico.

Parágrafo 1. La escogencia de EPS es libre, salvo las excepciones previstas en el presente decreto.

Parágrafo 2. La desafiliación al Sistema sólo se producirá por el fallecimiento del afiliado.

Parágrafo 3. Cuando los trabajadores independientes realicen la afiliación por primera vez o cuando reanuden el pago de las cotizaciones de acuerdo con lo definido en el presente decreto podrán efectuar el pago proporcional a los días objeto de la cotización.

Parágrafo 4. Hasta tanto entre en operación plena el Sistema de Afiliación Transaccional y de acuerdo con la fecha que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para la utilización del formulario electrónico, la afiliación y las novedades de traslado y de movilidad deberán realizarse en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social. En el caso de los cotizantes dependientes, el formulario deberá ser suscrito también por el empleador. En ningún caso, la EPS podrá modificar el contenido del formulario ni incluir información adicional, de incluirse se tendrá por inexistente y no será oponible para el reconocimiento de UPC; lo anterior, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 17. Obligatoriedad de la afiliación. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia, salvo para aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los regímenes exceptuados o especiales establecidos legalmente.

Artículo 18. Información para la administración del riesgo en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un componente de información complementaria que se incluirá en el Sistema de Afiliación Transaccional para identificar y gestionar los riesgos de los afiliados, con base en la cual determinará las estrategias o lineamientos para la administración del riesgo en salud por parte de la EPS.

Cuando la información corresponda a datos sensibles de conformidad con la Ley 1581 de 2012, su tratamiento y acceso restrictivo estará sujeto a la protección del derecho fundamental al Habeas Data.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la información del estado de salud sólo podrá ser diligenciada con posterioridad a la afiliación o el traslado y será utilizada por las EPS para identificar y gestionar los riesgos de su población afiliada, sin perjuicio de los lineamientos que sobre esta materia defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso las Entidades Promotoras de Salud - EPS podrán exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o el traslado de EPS y el incumplimiento de esta prohibición dará lugar a las investigaciones y sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 19. Acceso a los servicios de salud. El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad. Las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

Los prestadores podrán consultar el Sistema de Afiliación Transaccional con el fin de verificar la información correspondiente a la afiliación de la persona.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los afiliados accederán a los servicios del plan de beneficios desde la fecha de radicación del formulario de afiliación y novedades en la EPS o desde la fecha de la efectividad del traslado o de la movilidad.

Artículo 20. Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades. Para efectuar la afiliación y reportar las novedades, los afiliados se identificarán con uno de los siguientes documentos:

20.1. Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.

20.2. Registro Civil de Nacimiento para los mayores de 3 meses y menores de siete (7) años de edad.

20.3. Tarjeta de identidad para los mayores de siete (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.

20.4. Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.

20.5. Cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda, para los extranjeros.

20.6. Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Los afiliados están obligados a actualizar el documento de identificación cuando se expida un nuevo tipo de documento; sin embargo, la demora en la actualización del nuevo documento no dará lugar a la suspensión de la afiliación y por tanto habrá reconocimiento de UPC. Las EPS adoptarán campañas para garantizar que sus afiliados conozcan esta obligación y mantengan su información actualizada.

Parágrafo. Los documentos de identificación deberán ser aportados una sola vez por el afiliado si éstos son requeridos. El Sistema de Afiliación Transaccional preverá los mecanismos para que cualquier verificación posterior pueda ser efectuada por este medio.

Artículo 21. Composición del núcleo familiar. Para efectos de la inscripción de los beneficiarios, el núcleo familiar del afiliado cotizante estará constituido por:

21.1. El cónyuge;

21.2. A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo;

21.3. Los hijos menores de veinticinco (25) años de edad que dependen económicamente del cotizante;

21.4. Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante;

21.5. Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales 21.3. y 21.4 del presente artículo;

21.6. Los hijos de los beneficiarios descritos en los numerales 21.3. y 21.4 del presente artículo hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición.

21.7. Los hijos menores de veinticinco (25) años y los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan económicamente de éste.

21.8. A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del cotizante que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

21.9. Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

---

autoridad competente.

Los miembros del núcleo familiar que no estén cotizando al sistema y los pensionados cotizantes únicamente recibirán la prestación de los servicios de salud previstos en el plan de beneficios.

Parágrafo 1. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia. Esta condición se registrará a través del Sistema de Afiliación Transaccional.

Parágrafo 2. Los hijos adoptivos y los menores en custodia legal tendrán derecho a ser incluidos en el núcleo familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes o a los terceros a quienes se haya otorgado la custodia conforme a las normas legales.

Parágrafo 3. En los casos en los que existan dos personas con igual derecho que no puedan ser inscritas como beneficiarias en el núcleo familiar simultáneamente, se estará a lo resuelto por la autoridad judicial o administrativa que corresponda.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las estrategias y lineamientos que deben observar las entidades territoriales, las EPS, los afiliados y demás entidades responsables de la afiliación en el régimen subsidiado, tendientes a la identificación de los núcleos familiares, conforme a lo establecido en el presente artículo.

Parágrafo 5. La composición del núcleo familiar prevista en el presente artículo será aplicable en el régimen subsidiado y para el efecto, el cabeza de familia se asimilará al cotizante.

Parágrafo 6. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la dependencia económica se declarará en el momento de la inscripción en la EPS y se presumirá la buena fe en su declaración.

Artículo 22. Acreditación y soporte documental de los beneficiarios. La acreditación y soporte documental de la calidad de los beneficiarios, se sujetará a las siguientes reglas:

22.1. La calidad de cónyuge, se acreditará con el Registro Civil de Matrimonio.

22.2. La calidad de compañero o compañera permanente se acreditará con alguno de los documentos previstos en el artículo 4° de la Ley 54 de 1990 modificado por el artículo 2° de la Ley 979 de 2005.

22.3. La calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de

consanguinidad, se acreditará con los registros civiles correspondientes.

22.4. La calidad de hijo adoptivo mediante el certificado de adopción o acta de entrega del menor, emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o entidad autorizada.

22.5. La incapacidad permanente de los hijos mayores de veinticinco (25) años se acreditará mediante el dictamen emitido por la EPS en la cual se encuentre afiliado o por la entidad competente cuando se trate de la calificación invalidez.

22.6. La condición del numeral 21.7 del artículo 21 del presente decreto se acreditará con el documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

22.7. Los menores en custodia legal con la orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente.

Artículo 23. Inscripción del núcleo familiar. Los afiliados cotizantes o cabezas de familia deberán registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional e inscribir en la misma EPS a cada uno de los miembros que conforman el núcleo familiar, para lo cual deberán allegar el soporte documental de su calidad de beneficiarios, en los casos que sea necesario.

Cuando se inscriba un miembro que no cumple las condiciones legales para ser parte del grupo familiar o no se registre la novedad de aquellos beneficiarios que pierden su condición de tales, el afiliado cotizante deberá reintegrar el valor de las UPC y el per cápita para promoción y prevención que el Sistema hubiere reconocido durante el período en que el beneficiario carecía del derecho.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, toda inscripción de los beneficiarios exigirá la presentación de los documentos previstos en el artículo 22 del presente decreto. La inscripción del recién nacido se podrá efectuar según lo dispuesto en el artículo 25 del presente decreto.

Artículo 24. Medidas para garantizar el aporte oportuno de los documentos que acreditan la condición legal de los miembros del núcleo familiar por fuerza mayor o caso fortuito. Cuando por razones de fuerza mayor o caso fortuito el afiliado cotizante no pueda aportar los documentos que acreditan la condición de miembros del núcleo familiar al momento de la afiliación, si son requeridos según lo dispuesto en el artículo 13 del presente decreto, se realizará la inscripción de sus beneficiarios en la categoría respectiva y el afiliado cotizante contará con un mes (1) para allegarlos.

Si transcurrido este período, los documentos no han sido aportados, se aplicará el siguiente procedimiento:

24.1. En el primer día hábil siguiente al vencimiento del plazo, la EPS deberá enviar una comunicación por cualquier medio que garantice su recepción por el afiliado en la que le recuerde su obligación de aportar los documentos pendientes y le advertirá que si éstos no son aportados a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes, el costo de los servicios de salud, distintos de la atención inicial de urgencias que demanden sus beneficiarios deberán ser asumidos por el cotizante con cargo a sus propios recursos. Se exceptúa de lo aquí previsto la atención en salud de los menores de edad.

24.2. La comunicación descrita en el numeral 24.1. deberá ser enviada mensualmente hasta que el cotizante aporte los documentos requeridos.

24.3. Si transcurridos tres (3) meses contados a partir de la fecha de la primera comunicación el cotizante no allega los documentos que acrediten la condición de sus beneficiarios, la EPS reportará la novedad y se suspenderá la afiliación de los beneficiarios, con excepción de las mujeres gestantes y los menores de edad. Una vez entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de los mecanismos para dicha notificación.

Parágrafo 1. Las copias de las comunicaciones podrán ser requeridas por las autoridades del sistema en cualquier momento para la revisión, análisis y auditoría de la información que las EPS registren en las bases de datos sobre estos afiliados. El FOSYGA o quien haga sus veces también podrá solicitarlas como requisito para el pago de la UPC por estos afiliados.

Parágrafo 2. Las circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito serán declaradas por el afiliado cotizante o el cabeza de familia al momento de la afiliación del beneficiario.

Parágrafo 3. Para aquellos afiliados en calidad de beneficiarios que, a la vigencia del presente decreto, no hayan aportado los documentos que acreditan tal condición, les será aplicable el procedimiento previsto en el presente artículo; en este caso, el término de un (1) mes se contará a partir del primer día hábil del mes siguiente de su entrada en vigencia.

Artículo 25. Afiliación del recién nacido. Todo recién nacido quedará afiliado al sistema desde su nacimiento y desde ese momento se reconocerá la UPC. La afiliación se efectuará con base en el registro civil de nacimiento o en su defecto, con el certificado de nacido vivo. Los padres o en ausencia de éstos quien tenga la custodia o el cuidado personal del recién nacido deberán aportar el registro civil de

---

nacimiento a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a su nacimiento, cuando el registro civil no figure en la información de referencia del Sistema de Afiliación Transaccional o se requiera para verificar la calidad de beneficiario.

Todo recién nacido quedará inscrito en la EPS en la que esté inscrita la madre, incluso cuando el padre esté inscrito en otra EPS o en un Régimen Especial o de Excepción, salvo en los casos de fallecimiento de la madre al momento del parto, evento en el cual quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a su cargo el cuidado personal o detenta su custodia.

El recién nacido de la madre que hubiere ejercido la movilidad prevista en el presente decreto quedará inscrito en la EPS en la que se encuentre inscrita la madre.

Cuando la madre ostente la calidad de beneficiaria, el recién nacido se inscribirá como un beneficiario más del núcleo familiar.

Una vez afiliado el recién nacido, si el padre tiene la calidad de cotizante al régimen contributivo éste podrá tramitar la novedad de inclusión como su beneficiario después del primer mes de vida. Esta disposición también aplicará cuando el padre pertenezca a un régimen de excepción o especial, si éstos permiten la afiliación del menor.

Parágrafo 1. Las EPS establecerán en coordinación con su red prestadora, mecanismos para informar y promover entre los padres la debida identificación e inscripción del recién nacido.

Parágrafo 2. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los documentos previstos en el presente artículo serán aportados a la EPS a la cual se realice la afiliación del recién nacido e incluirá la manifestación de la madre.

Artículo 26. Afiliación de recién nacido de padres no afiliados. Cuando los padres del recién nacido no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el prestador de servicios de salud, en la fecha de su nacimiento, procederá conforme a lo siguiente:

26.1. Cuando alguno de los padres reúna las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional e inscribirá en una EPS de dicho régimen al padre obligado a cotizar y al recién nacido. Para realizar esta afiliación, el prestador deberá consultar la información que para tal efecto disponga el Sistema de Afiliación Transaccional.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

26.2. Cuando los padres no cumplen las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y se encuentran clasificados en los niveles I y II del SISBEN, registrará e inscribirá a la madre, al recién nacido y a los demás integrantes del núcleo familiar, al régimen subsidiado, de conformidad con lo establecido en el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011.

26.3. Cuando los padres no cumplen las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y tampoco se encuentran clasificados en los niveles I y II del Sisbén o no les ha sido aplicada la encuesta SISBEN, registrará al recién nacido en el Sistema de Afiliación Transaccional y lo inscribirá en una EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio. Una vez los padres se afilien el menor integrará el respectivo núcleo familiar.

Parágrafo 1. Para los efectos previstos en los numerales 26.1. y 26.3. del presente artículo, los padres del recién nacido deberán declarar por escrito ante la IPS que no tienen las condiciones para cotizar al régimen contributivo o que la encuesta SISBEN no les ha sido aplicada.

Parágrafo 2. Efectuada la inscripción y registro del recién nacido al régimen subsidiado, el Sistema de Afiliación Transaccional notificará dicha novedad a la entidad territorial, a la EPS y a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP de acuerdo con el Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015.

Parágrafo 3. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el prestador del servicio deberá realizar la afiliación del recién nacido directamente ante la EPS y realizará las notificaciones previstas en el presente artículo a más tardar dentro de los tres (3) días siguientes a la misma.

Parágrafo 4. Lo previsto en el presente artículo aplicará a los menores de edad cuando demanden servicios de salud y no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 27. Afiliación de recién nacido en parto no institucional. En el evento de que el parto no haya sido institucional, cuando los padres o quien tenga la custodia o cuidado personal del menor, demande servicios de salud para el recién nacido, el prestador de servicios de salud deberá expedir el certificado de nacido vivo del menor de edad el que deberá comunicar a la EPS, a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a su expedición a través de los medios que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. El prestador de servicios de salud deberá realizar el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional e inscribirlo en la misma EPS en la que se encuentre afiliada la madre.

En caso de no estar afiliados los padres, se seguirán las reglas indicadas en el artículo 26 del presente decreto y la comunicación se realizará a más tardar el día siguiente de haberse efectuado la afiliación de la madre.

Cuando el prestador de servicios de salud no comunique a la EPS el certificado de nacido vivo, no tendrá derecho a cobrar los servicios suministrados al menor hasta la fecha en que efectúe la comunicación.

Parágrafo. Una vez entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional la comunicación de que trata el presente artículo se realizará por este medio.

Artículo 28. Aporte del registro civil de nacimiento. El registro civil de nacimiento debe ser aportado a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes al nacimiento; no obstante, si el registro no ha sido allegado, dentro de este término, la EPS deberá garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios y tendrá derecho al reconocimiento de la correspondiente UPC. Para el efecto procederá conforme a las siguientes reglas:

28.1. En el día hábil siguiente al primer mes de vida del recién nacido, la EPS deberá enviar una comunicación al cotizante o cabeza de familia o a los padres o en ausencia de éstos, a quien tenga la custodia o cuidado personal del menor, en la que le recuerde su obligación de aportar el registro civil del menor y las consecuencias de que el mismo no sea aportado. Esta comunicación deberá ser enviada cada mes hasta que el registro civil sea aportado. La comunicación se podrá enviar por cualquier mecanismo que sea comprobable. Cuando la dirección de recepción no sea la vigente, con la devolución de la primera comunicación se entiende cumplida la obligación del requerimiento del registro civil de nacimiento. En todo caso, la EPS deberá demostrar que agotó todos los mecanismos posibles para contactar al afiliado o a quien tenga la custodia.

28.2. Si, vencidos los tres (3) meses, no ha sido allegado el Registro Civil de Nacimiento, las EPS deberán dar aviso a la Entidad Territorial para que promueva ante la Superintendencia de Notariado y Registro la expedición de los registros civiles de nacimiento del recién nacido, dentro de las competencias de cada entidad, para lo cual deberá suministrar la información de contacto de los padres registrada en el Sistema; así mismo, denunciarán ante el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF o las Comisarías de Familia tal circunstancia para lo de su competencia.

Parágrafo. De cada una de estas comunicaciones deberá guardar constancia la EPS y las mismas podrán ser requeridas por las autoridades del sistema en cualquier momento para la revisión, análisis y auditoría de la información que las EPS registren en las bases de datos sobre estos afiliados.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Artículo 29. Afiliaciones múltiples. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y subsidiado ni estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial.

El Sistema de Afiliación Transaccional establecerá los mecanismos para controlar la afiliación o registro múltiple con la información de referencia que disponga.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, cuando el afiliado se traslade de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos para ello y se llegare a producir afiliación múltiple, se tendrá como válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Cuando la afiliación múltiple obedezca a un error no imputable al afiliado que solicitó su traslado dentro de los términos legales, se tendrá como válida la afiliación a la Entidad Promotora de Salud a la cual se trasladó.

Cuando el Ministerio de Salud y Protección Social o el administrador de la base de datos de afiliados vigente evidencie la afiliación múltiple derivada de inconsistencias o duplicidad en los datos o documentos de identificación del afiliado, adelantará los procesos de verificación y cancelación de la afiliación múltiple, lo comunicará a las EPS involucradas y solicitará el reintegro de las unidades de pago por capitación reconocidas sin justa causa. En caso de que las EPS no realicen el reintegro, en los términos y plazos definidos por la normativa vigente, corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud ordenar el reintegro inmediato de los recursos y adelantar las acciones que considere pertinentes.

Artículo 30. Suspensión de la afiliación. La afiliación se suspenderá en los siguientes casos:

30.1. Cuando el cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional incurra en mora en los términos establecidos en los artículos 71 al 75 del presente decreto.

30.2. Cuando transcurran tres (3) meses contados a partir del primer requerimiento al cotizante para que allegue los documentos que acrediten la condición de sus beneficiarios, si son requeridos según lo dispuesto en el artículo 13 del presente decreto, y éste no haya sido atendido. Lo dispuesto

---

en el presente numeral no será aplicable a las mujeres gestantes ni a los menores de edad.

Artículo 31. Efectos de la suspensión de la afiliación. Durante los períodos de suspensión de la afiliación por mora, no habrá lugar a la prestación de los servicios del plan de beneficios a cargo de la EPS en la cual se encuentre inscrito con excepción de la atención en salud de las gestantes y los menores de edad en los términos establecidos en el artículo 75 del presente decreto.

En el caso de los beneficiarios respecto de los cuales no se alleguen los documentos que acreditan tal condición, cuando sean requeridos según lo dispuesto en el artículo 13 del presente decreto, éstos tendrán derecho a la atención inicial de urgencias y la UPC correspondiente se reconocerá una vez se aporten dichos documentos. Se exceptúa de lo aquí previsto la atención en salud a las mujeres gestantes y a los menores de edad a quienes se les garantizará los servicios del plan de beneficios.

En el caso de los cotizantes independientes no se causarán cotizaciones ni intereses de mora de conformidad con el artículo 209 de la Ley 100 de 1993.

En todo caso, producida la suspensión de la afiliación, cuando el afiliado se encuentre con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, los servicios de salud serán garantizados en los términos previstos en el presente decreto.

Artículo 32. Terminación de la inscripción en una EPS. La inscripción en la EPS en la cual se encuentra inscrito el afiliado cotizante y su núcleo familiar, se terminará en los siguientes casos:

32.1. Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.

32.2. Cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como independiente, como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en el presente decreto.

32.3. Cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para ser cotizante, no reporte la novedad como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en el presente decreto.

32.4. Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones establecidas en el presente decreto para ostentar dicha condición y no reporten la novedad de cotizante dependiente, cotizante independiente, afiliado adicional o de movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en el presente decreto.

32.5. Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la EPS o a través del Sistema de Afiliación Transaccional.

32.6. Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o especial legalmente establecido.

32.7. Cuando por disposición de las autoridades competentes se determine que personas inscritas en una EPS del régimen subsidiado reúnen las condiciones para tener la calidad de cotizantes o para pertenecer al régimen contributivo.

32.8. Cuando la prestación de los servicios de salud de las personas privadas de la libertad y los menores de tres (3) años, que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión, esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. En el caso de las personas privadas de la libertad que se encuentren obligadas a cotizar, la terminación de la inscripción sólo aplicará para el cotizante y el menor de tres (3) años que conviva con la madre cotizante.

Parágrafo 1. Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país deberán reportar esta novedad a más tardar el último día del mes en que ésta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los periodos por los que se termina la inscripción.

Cuando el afiliado cotizante que fije su residencia fuera del país no reporte la novedad se mantendrá la inscripción en la EPS y se causará deuda e intereses moratorios por el no pago de las cotizaciones, en los términos previstos en el artículo 73 del presente decreto, según el caso.

Cuando el afiliado regrese al país deberá reportar la novedad al Sistema de Afiliación Transaccional mediante la inscripción en la misma EPS en la que se encontraba inscrito y reanudar el pago de sus aportes.

Parágrafo 2. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en el presente decreto deberán reportarse directamente a la EPS.

Artículo 33. Efectos de la terminación de la inscripción en una EPS. La

---

terminación de la inscripción en una EPS tiene como efecto para la EPS, la cesación de la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios y las prestaciones económicas para los cotizantes del régimen contributivo.

Para los afiliados cotizantes, una vez reportada la novedad, implica la cesación del pago de las cotizaciones, sin perjuicio del pago de los aportes que adeuden. Lo anterior no será aplicable a las personas privadas de la libertad que tienen la calidad de cotizantes de que trata el numeral 32.8 del artículo 32 del presente decreto, quienes por cumplir las condiciones para seguir cotizando tendrán la obligación de cotizar y la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios se mantendrá respecto de sus beneficiarios.

CAPÍTULO IV

AFILIACIÓN EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Artículo 34. Afiliados al régimen contributivo. Pertenecerán al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

34.1. Como cotizantes:

34.1.1. Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país;

34.1.2. Los servidores públicos;

34.1.3. Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes, sustitutos o pensión gracia tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios;

34.1.4. Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente;

34.2. Como beneficiarios:

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

34.2.1. Los miembros del núcleo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto, siempre y cuando no cumplan con alguna de las condiciones señaladas en el numeral 34.1 del presente artículo.

Artículo 35. Afiliación oficiosa de beneficiarios. Cuando una persona cumpla la condición para ser afiliado beneficiario y el cotizante se niegue a su inscripción dentro del núcleo familiar, la persona directamente o las comisarías de familia o los defensores de familia o las personerías municipales en su defecto, podrán realizar el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscripción en la EPS del cotizante, aportando los documentos respectivos que prueban la calidad de beneficiario.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación oficiosa se hará directamente ante la EPS.

Artículo 36. Afiliación cuando varios miembros del núcleo familiar son cotizantes. Cuando los cónyuges, compañeros o compañeras permanentes, incluidas las parejas del mismo sexo de un mismo núcleo familiar, tengan la calidad de cotizantes, éstos y sus beneficiarios deberán estar inscritos en la misma EPS. Se exceptúa de esta regla cuando uno de los cotizantes no resida en la misma entidad territorial y la EPS en la que se encuentre afiliado el otro cotizante y los beneficiarios no tenga cobertura en la misma y no haga uso del derecho a la portabilidad.

Si uno de los cónyuges, compañera o compañero permanente cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

Parágrafo. El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá los instrumentos para garantizar que el núcleo familiar esté afiliado a la misma EPS.

Artículo 37. Inscripción de los padres en el núcleo familiar. Cuando ambos cónyuges, compañeros o compañeras permanentes, incluidas las parejas del mismo sexo, tengan la calidad de cotizantes, se podrá inscribir en el núcleo familiar a los padres que dependan económicamente de uno de los cónyuges, compañeros o compañeras permanentes y no tengan la calidad de cotizantes, en concurrencia con los beneficiarios, los cuales quedarán inscritos con el otro cotizante.

Si uno de los cónyuges, compañera o compañero permanente cotizantes dejare de ostentar tal calidad, los padres podrán continuar inscritos en la misma EPS como afiliados adicionales, cancelando los valores correspondientes.

Artículo 38. Afiliado adicional. Cuando un afiliado cotizante tenga a su cargo otras personas que dependan económicamente de él y se encuentren hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad y no cumplan los requisitos

---

para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo, podrá incluirlos en el núcleo familiar, pagando la UPC correspondiente a su grupo de edad, el per cápita para promoción y prevención, y un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad equivalente al 10% de la sumatoria del valor de los dos conceptos.

Este afiliado se denominará afiliado adicional y tiene derecho a la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios. En ningún caso tendrá derecho a prestaciones económicas. El período mínimo de inscripción y pago por estos afiliados será mínimo de un (1) año salvo cuando el afiliado cotizante deja de reunir las condiciones para continuar como cotizante o cuando el afiliado adicional reúne las condiciones para inscribirse como cotizante.

Artículo 39. Afiliaciones colectivas. La afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral podrá realizarse de manera colectiva, solamente a través de las asociaciones, agremiaciones y congregaciones religiosas autorizadas previamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones previstas en el Decreto 3615 de 2005, modificado por los Decretos 2313 de 2006, 2172 de 2009 y 692 de 2010 y demás normas que lo modifiquen adicionen o sustituyan.

Sin perjuicio de la inspección, vigilancia y control que las autoridades competentes realicen sobre el ejercicio ilegal de la afiliación colectiva, es obligación de las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral y los operadores de información, verificar permanentemente que esta modalidad de afiliación sea ejercida exclusivamente por las entidades debidamente facultadas, para lo cual deberán consultar el listado de entidades autorizadas disponible en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, previo a la recepción de cualquier trámite de afiliación, recaudo de aportes y novedades, so pena de las sanciones que impongan los organismos de vigilancia y control competentes.
En caso de evidenciar que alguna entidad ejerce esta actividad sin la autorización correspondiente, las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral y los operadores de información deberán informar a las autoridades respectivas para que se adelanten las acciones penales, administrativas y fiscales a que hubiere lugar.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

CAPÍTULO V

AFILIACIÓN EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 40. Afiliados al régimen subsidiado. Son afiliados en el Régimen Subsidiado las personas que sin tener las calidades para ser afiliados en el Régimen Contributivo o al Régimen de Excepción o Especial, cumplan las siguientes condiciones:

40.1. Personas identificadas en los niveles I y II del SISBEN o en el instrumento que lo reemplace, de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.

40.2. Personas identificadas en el nivel III del SISBEN o en el instrumento que lo reemplace que, a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al régimen subsidiado.

40.3. Las personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley 1450 de 2011. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar elaborará el listado censal.

40.4. Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El listado censal de beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

40.5. Menores desvinculados del conflicto armado. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF.

40.6. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. El listado censal de beneficiarios de esta población será elaborado por las alcaldías municipales.

40.7. Comunidades Indígenas. La identificación y elaboración de los listados censales de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5º de la Ley 691 de 2001 y las normas que la modifiquen adicionen o sustituyan. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN, sin que ello limite su derecho al acceso a los servicios en salud. Cuando la población beneficiaria identificada a través del listado censal no coincida con la población indígena certificada por el

---

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, la autoridad municipal lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de beneficiarios y afiliados del Régimen Subsidiado de Salud.

40.8. Población desmovilizada. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de las personas desmovilizadas y su núcleo familiar deberá ser elaborado por la Agencia Colombiana para la Reintegración o quien haga sus veces. Los integrantes del núcleo familiar de desmovilizados que hayan fallecido mantendrán su afiliación con otro cabeza de familia.

40.9. Adultos mayores en centros de protección. Los adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección, el listado de beneficiarios será elaborado por las alcaldías municipales o distritales.

40.10. Población Rrom. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población Rrom se realizará mediante un listado censal elaborado por la autoridad legítimamente constituida (SheroRom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren las Kumpania. No obstante, cuando las autoridades legítimas del pueblo Rrom lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN.

40.11. Personas incluidas en el programa de protección a testigos. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población incluida en el programa de protección de testigos será elaborado por la Fiscalía General de la Nación.

40.12. Víctimas del conflicto armado de conformidad con lo señalado en la Ley 1448 de 2011 y que se encuentren en el Registro Único de Víctimas elaborado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

40.13. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El listado censal de esta población será elaborado por las gobernaciones o las alcaldías distritales o municipales.

40.14. La población migrante de la República Bolivariana de Venezuela de que trata el Decreto 1768 de 2015 y demás normas que lo modifiquen,

---

adicionen o sustituyan.

Parágrafo 1. Las condiciones de pertenencia al régimen contributivo o a un régimen exceptuado o especial prevalecen sobre las de pertenencia al régimen subsidiado, salvo lo dispuesto para la afiliación del recién nacido. En consecuencia, cuando una persona reúna simultáneamente las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, a un régimen exceptuado o especial o al régimen subsidiado deberá registrarse en inscribirse a una EPS del régimen contributivo o afiliarse al régimen exceptuado o especial, según el caso.

Parágrafo 2. Las reglas de afiliación y novedades de la población indígena y de las comunidades Rrom se seguirán por las normas vigentes a la expedición del presente decreto hasta tanto el Gobierno Nacional reglamente la afiliación y los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud de esta población; evento en el cual, el Gobierno Nacional adelantará la consulta previa.

Parágrafo 3. En el evento de que la persona cumpla los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y rehúse afiliarse, la entidad territorial procederá a inscribirla de oficio en una EPS de las que operan en el municipio dentro de los cinco (5) primeros días del mes y le comunicará dicha inscripción. Sin embargo, la persona podrá en ejercicio del derecho a la libre escogencia trasladarse a la EPS de su elección dentro de los dos (2) meses siguientes, sin sujeción al período mínimo de permanencia.

Parágrafo 4. Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del numeral 40.3 del presente artículo y ello las haga potenciales afiliadas al régimen contributivo, así lo informarán a la EPS respectiva, quien deberá reportar al ICBF lo pertinente para la actualización del listado censal.

Parágrafo 5. Cuando cualquier autoridad nacional o territorial advierta que un afiliado del régimen subsidiado cumpla las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, informará a la entidad territorial para que adelante las medidas tendientes a la terminación de la inscripción en la EPS. La omisión de esta obligación por parte de las autoridades territoriales dará lugar a las acciones disciplinarias, administrativas, fiscales y penales a que hubiere lugar.

Artículo 41. Condiciones de los listados censales. La idoneidad y calidad de la información registrada en los listados censales es competencia de las entidades señaladas en el artículo 40 del presente decreto, como responsables de su elaboración.

La información de los listados censales deberá cumplir con las variables que permitan la identificación plena de la persona, y con las condiciones y la estructura

---

de datos definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las entidades responsables deberán reportar los listados censales y las novedades que determinen inclusión y exclusión de la población especial respectiva, de acuerdo con la periodicidad, el procedimiento y las condiciones que señale el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 42. Libre elección de Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado para poblaciones especiales. En el Régimen Subsidiado la elección de la EPS para el caso de la población identificada y seleccionada a partir de listados censales, se realizará por las siguientes entidades:

42.1. Las entidades responsables de la elaboración de los listados censales cuando se trate de población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado que estén bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y personas incluidas en el programa de protección a testigos y la población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales.

42.2. Las entidades responsables del cuidado de la población infantil bajo protección de instituciones diferentes al ICBF y los adultos mayores de escasos recursos residentes en centros de protección.

42.3. Los afiliados pertenecientes a la población ROM lo harán de manera libre e independiente manteniendo la composición de su núcleo familiar.

42.4. Los desmovilizados y las víctimas del conflicto armado escogerán libremente su EPS, sin perjuicio de lo dispuesto en el literal i) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y lo dispuesto en el artículo 2.2.6.1.1. del Decreto 1084 de 2015.

Parágrafo 1. Las entidades responsables de elaborar los listados censales y/o responsables por la atención de la población señalada en los numerales 42.1 y 42.2 del presente artículo deberán definir lineamientos internos homogéneos para la elección de EPS, que tenga en cuenta la utilización de indicadores de calidad, la cobertura territorial de la EPS y la red prestadora adscrita, entre otros.

Parágrafo 2. La atención en salud de la población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal o a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC se garantizará conforme a lo dispuesto en el Decreto 2245 de 2015 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

CAPÍTULO VI

NOVEDADES

Artículo 43. Novedades. La actualización de datos y los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS que se produzcan con posterioridad a la afiliación, se considerarán novedades que actualizan la información de los afiliados en el Sistema de Afiliación Transaccional, y se registrarán o reportarán por los responsables según lo previsto en el presente decreto.

El registro de las novedades implica la declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al régimen contributivo o al régimen subsidiado.

Parágrafo 1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades se reportarán al administrador de la base de datos de afiliados conforme a la normativa vigente.

Parágrafo 2. Mientras no entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional las novedades del estado de afiliación deberán reportarse por las EPS y las entidades territoriales a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes contados a partir del primer día del mes calendario en que ésta se produce. Si la novedad se reporta con posterioridad a dicho término, el reconocimiento de la UPC se efectuará a partir de la fecha del reporte de la novedad.

Las novedades generadas con anterioridad a la vigencia del presente decreto, con independencia del período al que correspondan, deberán ser reportadas en los términos y las condiciones que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 44. Reporte de novedades para trabajadores dependientes. El trabajador será responsable, al momento de la vinculación laboral, de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, si aún no se encuentra afiliado, y de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional las novedades de ingreso como trabajador dependiente y de movilidad si se encontraba afiliado en el régimen subsidiado. También será responsable de registrar las novedades de traslado y de movilidad, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos y las demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y utilizará los medios que se dispondrán para tal fin.

El empleador será responsable de registrar en el Sistema de Afiliación

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Transaccional, las novedades de la vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las novedades de la relación laboral que puedan afectar su afiliación, sin perjuicio de su reporte a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes. Lo previsto en el presente inciso aplica a las Entidades Administradoras del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar contratadas por el ICBF en calidad de empleadores.

Si el trabajador no aparece inscrito en alguna EPS y no manifiesta el nombre de la entidad a la cual desea inscribirse, corresponderá al empleador, al efectuar la inscripción, registrar tal circunstancia y el Sistema de Afiliación Transaccional asignará la EPS en la cual quedará inscrito como mínimo por el término de tres (3) meses, de lo cual informará al trabajador.

Serán de cargo del empleador las prestaciones económicas y los servicios de salud a que tenga derecho el trabajador dependiente y su núcleo familiar durante el tiempo que transcurra entre la vinculación laboral y el registro de la novedad.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en el presente artículo serán reportadas por los empleadores y los trabajadores, en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Cuando hubiere lugar a la selección de EPS por la ausencia de información del empleado, la hará el empleador.

Artículo 45. Reporte de novedades para trabajadores independientes. Los afiliados al régimen contributivo en calidad de independientes son responsables de realizar su afiliación y de registrar las novedades en el Sistema de Afiliación Transaccional.

Cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para continuar cotizando, deberá registrar la novedad de retiro a más tardar dentro de los cinco (5) primeros días del mes y se hará efectiva vencido el mes por el cual se pague la última cotización; si lo realiza por fuera de dicho término, se causará el pago completo de la cotización.

En el caso de las afiliaciones colectivas, las novedades serán reportadas por las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva, de conformidad con lo establecido en el Decreto 3615 de 2005, modificado por los Decretos 2313 de 2006, 2172 de 2009 y 692 de 2010 y demás normas que lo modifiquen adicionen o sustituyan.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las entidades responsables de la afiliación colectiva reportarán directamente a las EPS las novedades de sus trabajadores independientes agremiados o asociados.

Artículo 46. Reporte de novedades en la condición de los beneficiarios. Los trabajadores dependientes e independientes son responsables de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional, todas las novedades que se presenten en la condición de sus beneficiarios; también lo harán respecto de sus afiliados adicionales, si se hace uso de la figura prevista en el artículo 38 del presente decreto.

Los beneficiarios serán responsables de registrar la novedad de fallecimiento del afiliado cotizante.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en el presente artículo se reportarán por los responsables directamente a la EPS.

Artículo 47. Reporte de novedades de los pensionados. Los pensionados o el cabeza de los beneficiarios cuando se trate de pensión sustitutiva, en su condición de cotizantes al régimen contributivo, son responsables de registrar directamente la novedad de su condición de pensionados, así como las novedades de traslado, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos y las demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si el pensionado no aparece inscrito en alguna EPS o afiliado a un régimen exceptuado o especial y dentro del término de ejecutoria del acto de reconocimiento de la pensión no manifiesta el nombre de la entidad en la cual desea inscribirse, corresponderá a la administradora de pensiones, al efectuar la inscripción, registrar tal circunstancia y el Sistema de Afiliación Transaccional asignará la EPS en la cual quedará inscrito como mínimo por el término de tres (3) meses.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los pensionados adelantarán la afiliación y reporte de las novedades directamente a la EPS en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Cuando hubiere lugar a la selección de EPS por la ausencia de información del pensionado, la efectuará la administradora de pensiones, para lo cual deberá consultar la base de datos de afiliados vigente.

Artículo 48. Reporte de novedades en el régimen subsidiado. El afiliado cabeza de familia es responsable de registrar en el Sistema de Afiliación

---

Transaccional las novedades referidas a la identificación y actualización de sus datos y las de su núcleo familiar, así como las de traslado y de movilidad.

Las entidades territoriales validarán y verificarán las novedades presentadas por los afiliados y reportarán las de su competencia.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los afiliados serán los responsables de radicar y tramitar las solicitudes de traslado y de movilidad directamente ante la EPS y las EPS lo serán de reportar las novedades de ingreso, retiro, movilidad y traslado en el régimen subsidiado de sus afiliados y de informar al afiliado en el momento de presentarse la novedad. Las entidades territoriales validarán y verificarán las novedades presentadas por las EPS y reportarán las de su competencia.

CAPÍTULO VII

TRASLADOS Y MOVILIDAD

Artículo 49. Derecho a la libre escogencia de EPS. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud la elección de EPS se hará directamente por el afiliado de manera libre y voluntaria. Se exceptúan de esta regla, las circunstancias de afiliación reguladas en el Decreto 3045 de 2013 o las normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen y en los casos de afiliación previstos en los artículos 40 parágrafo 3, 42, 44 y 46 del presente decreto o cuando la realice la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP de acuerdo con el artículo 2.12.1.6 del Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015.

Artículo 50. Condiciones para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud. Para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud, el afiliado deberá cumplir las siguientes condiciones:

50.1. El registro de la solicitud de traslado por parte del afiliado cotizante o cabeza de familia podrá efectuarse en cualquier día del mes.

50.2. Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

50.3. No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.

50.4. Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

50.5. Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Cuando se trate del traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones previstas en el presente artículo, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS del otro régimen.

Cuando el afiliado del régimen subsidiado adquiere la condición de cotizante por el inicio de un vínculo laboral o contractual con posterioridad a los cinco (5) primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término. Hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad.

Cuando el afiliado perteneciente al régimen subsidiado adquiere un vínculo laboral con una duración inferior a doce (12) meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad. Este control se efectuará a través del Sistema de Afiliación Transaccional.

Parágrafo 1. Cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia haya ostentado diferentes calidades como cotizante, beneficiario, afiliado adicional o afiliado al régimen subsidiado, para efectos de establecer el cumplimiento del período mínimo de permanencia, se sumarán todos los días de inscripción en la misma EPS.

El término previsto en el numeral 50.2 del presente artículo se contabilizará desde la fecha de inscripción inicial, teniendo en cuenta todos los días de inscripción en la misma EPS del afiliado cotizante o cabeza de familia, descontando los días de suspensión de la afiliación o de terminación de la inscripción. Cuando el afiliado deba inscribirse nuevamente en la EPS por efecto de la terminación de la inscripción o cuando se levante la suspensión por mora en el pago de los aportes, el nuevo término se acumulará al anterior.

Parágrafo 2. En el régimen subsidiado el traslado para las poblaciones especiales se efectuará por las mismas entidades o personas señaladas en el artículo 40 del presente decreto.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Artículo 51. Excepciones a la regla general de permanencia. La condición de permanencia para ejercer el derecho al traslado establecida en el artículo 50 del presente decreto, no será exigida cuando se presente alguna de las situaciones que se describen a continuación:

51.1. Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS.

51.2. Disolución o liquidación de la EPS.

51.3. Cuando la EPS, se retire voluntariamente de uno o más municipios o cuando la EPS disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

51.4. Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

51.5. Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

51.6. Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañero(a)s permanente(s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente.

51.7. Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.

51.8. Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio y en los eventos previstos en el artículo 61 del presente decreto.

51.9. Cuando la afiliación ha sido transitoria por parte de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP en los términos previstos en el artículo 2.12.1.6. del Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015.

51.10. Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad administradora de

pensiones, según lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 44 e inciso segundo del artículo 47 del presente decreto, respectivamente.

51.11. Cuando el afiliado ha sido inscrito por la entidad territorial en el régimen subsidiado en el evento previsto en el parágrafo 3 del artículo 40 del presente decreto.

Parágrafo. Las excepciones a la regla general de permanencia de que tratan los numerales 51.1 y 51.3 del presente artículo se entienden referidas solamente respecto del o los municipios donde se haya aplicado la medida de revocatoria parcial o el retiro.

Cuando se presenten las causales de traslado señaladas en los numerales 51.4 y 51.5 del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud, o la entidad que tenga delegada esta competencia, deberá pronunciarse en un término no superior a un (1) mes contado desde la fecha en que el usuario radica la solicitud.

Una vez entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el Ministerio de Salud y Protección Social notificará a la Superintendencia Nacional de Salud las solicitudes que se presenten por las causas de los numerales 51.4 y 51.5 del presente artículo.

Artículo 52. Efectividad del traslado. El traslado entre EPS producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado en el Sistema de Afiliación Transaccional, cuando éste se realice dentro de los cinco (5) primeros días del mes, momento a partir del cual la EPS a la cual se traslada el afiliado cotizante o el cabeza de familia y su núcleo familiar deberá garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios. Cuando el registro de la solicitud de traslado se realice con posterioridad a los cinco (5) primeros días del mes, el mismo se hará efectivo a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha del citado registro.

La Entidad Promotora de Salud de la cual se retira el afiliado cotizante o el cabeza de familia tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones económicas, según el caso, tanto del cotizante o del cabeza de familia como de su núcleo familiar, hasta el día anterior a aquél en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

Si previo a que surta la efectividad del traslado, se presenta una internación en una IPS, la efectividad del traslado se suspenderá hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que debía hacerse efectivo, en cuyo caso la EPS de la cual se traslada deberá dar aviso a través del Sistema de Afiliación Transaccional de dicha novedad a más tardar el último día del mes.

En todo caso, los trabajadores dependientes tendrán la obligación de informar a su empleador la novedad de traslado, y los empleadores la obligación de consultar en el Sistema de Afiliación Transaccional la EPS en la cual se encuentra inscrito el trabajador una vez se tramite el traslado.

Artículo 53. Registro y reporte de la novedad de traslado. El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá los mecanismos para que los requisitos de traslado se puedan verificar automáticamente y para que los afiliados cotizantes puedan registrar la solicitud de traslado, así como la notificación del traslado a las EPS, a los afiliados cotizantes, a los aportantes y a las entidades territoriales cuando trate del traslado de EPS entre regímenes diferentes.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la solicitud del traslado se efectuará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social que se suscribirá por el afiliado de manera individual o conjunta con su empleador, según el caso, y se radicará en la EPS a la cual desea trasladarse. Una vez aprobado, la EPS receptora deberá notificar al aportante esta novedad. Cuando se trate de la novedad de traslado de EPS entre regímenes diferentes, la notificación a las entidades territoriales estará a cargo de la EPS receptora.

Artículo 54. Documentos para el traslado. El traslado entre EPS no requerirá que el afiliado cotizante o afiliado en el régimen subsidiado allegue los documentos presentados al momento de la inscripción de los integrantes de su núcleo familiar.

Artículo 55. Movilidad entre regímenes. La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales de que tratan los numerales 40.7, 40.8, 40.10, 40.11 y 40.12 del artículo 40 del presente decreto.

En virtud de la movilidad, los afiliados descritos en el inciso anterior podrán cambiar de un régimen a otro con su núcleo familiar, sin solución de continuidad, manteniendo su inscripción en la misma EPS.

Cuando los afiliados ejerzan la movilidad y residan en un municipio diferente a aquel en que les fue aplicada la encuesta SISBEN, el puntaje obtenido en la encuesta practicada por el municipio de origen se considerará válido hasta tanto el municipio en el que actualmente reside el afiliado le realice la encuesta. El cambio de residencia en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento ni el reconocimiento de la UPC. Lo dispuesto en este inciso será aplicable al traslado de EPS en el régimen subsidiado.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los afiliados manifestarán su voluntad de ejercer la movilidad en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social y se suscribirá y reportará ante la EPS, de manera individual y directa, cuando se realice al régimen subsidiado; y de manera conjunta con su empleador, si fuere el caso, cuando se realice al régimen contributivo. La verificación del nivel del SISBEN estará a cargo de la EPS del régimen contributivo a través de la herramienta de consulta masiva que para el efecto dispone el Departamento Nacional de Planeación.

Artículo 56. Registro y reporte de la novedad de movilidad. El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá de los mecanismos para que los requisitos de movilidad se puedan verificar con la información disponible y para que los afiliados puedan realizar directamente el trámite de movilidad, así como la notificación de la movilidad a las EPS, a los afiliados cotizantes, a los afiliados cabeza de familia, a los integrantes del núcleo familiar, a los aportantes y a las entidades territoriales.

El afiliado deberá registrar la solicitud expresa de la movilidad a los integrantes de su núcleo familiar con derecho a ser inscritos, en el formulario físico o electrónico, de acuerdo con lo previsto en el presente decreto.

La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado deberá ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la perdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.

La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo deberá ser registrada por el afiliado el día en que adquiere una vinculación laboral o las condiciones para cotizar como independiente.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el afiliado deberá registrar la solicitud de la movilidad, mediante el diligenciamiento del formulario físico adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, las EPS del régimen contributivo y subsidiado reportarán, al administrador de la base de datos de afiliados vigente, las novedades de movilidad y las entidades territoriales serán responsables de realizar las validaciones respectivas. Cuando se trate de la movilidad de un afiliado cuya encuesta SISBEN fue realizada por otro municipio, la entidad territorial donde actualmente reside el afiliado será la responsable de validar las condiciones para permanecer en el Régimen Subsidiado.

En ningún caso, la EPS podrá registrar la novedad de movilidad sin que haya mediado la solicitud suscrita por el afiliado. El reporte de la novedad de movilidad

---

sin que hubiere mediado la manifestación de la voluntad del afiliado en el régimen subsidiado se tendrá como práctica no autorizada, y si se incurre en ella, la EPS deberá reintegrar las UPC que por estos afiliados el Sistema le hubiere reconocido. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las EPS deberán reportar la novedad de movilidad a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes contados a partir del primer día calendario del mes en que ésta se produce. Cuando se reporte por fuera de dicho término el Sistema reconocerá la UPC correspondiente a partir del mes en que se produzca el reporte.

Artículo 57. Acreditación de la condición de beneficiarios en la movilidad. La movilidad no requerirá que el afiliado cotizante o el cabeza de familia allegue nuevamente los documentos presentados al momento de la inscripción de los integrantes de su núcleo familiar, salvo los documentos que actualicen la información de los mismos.

En el evento de que el cabeza de familia no presente al momento de la inscripción de los integrantes de su núcleo familiar los documentos que acrediten la condición de beneficiarios, cuando le sean requeridos según lo dispuesto en el artículo 13 del presente decreto, al registrar la novedad de movilidad al régimen contributivo deberá allegarlos en la oportunidad establecida en el presente decreto.

Parágrafo. Los documentos que acrediten la condición de beneficiarios de los afiliados que, a la vigencia del presente decreto, han ejercido la movilidad al régimen contributivo, serán exigibles en la fecha que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, vencido dicho plazo, se dará aplicación a lo previsto en el numeral 30.2 del artículo 30 del presente decreto. Una vez acreditada la condición de beneficiarios, el FOSYGA o quien haga sus veces reconocerá y girará el valor que corresponde a la UPC del régimen contributivo.

Artículo 58. Efectividad de la novedad de movilidad. La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado, una vez registrada en el Sistema de Afiliación Transaccional en los términos del artículo 56 del presente decreto, producirá efectos a partir del día siguiente al vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante si el afiliado cotizante tuviere derecho a ellos; si no los tuviere, a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.

La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la novedad de movilidad en el Sistema de Afiliación Transaccional.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, una vez suscrito y radicado el formulario físico que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en los términos previstos en el artículo 55 del presente decreto, la novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado producirá efectos a partir del día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante si los hubiere; si no los hubiere, a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización. La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha de la suscripción y radicación en la EPS del citado formulario.

Artículo 59. Prestaciones por efecto de la movilidad. Los cotizantes, los cabeza de familia y sus respectivos núcleos familiares, por efectos de la movilidad, tendrán derecho a la prestación continua de los servicios de salud establecidos en el plan de beneficios.

El afiliado que hubiere realizado la movilidad al régimen contributivo, como cotizante tendrá derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por licencias de maternidad y paternidad y las derivadas de las incapacidades por enfermedad general, conforme a la normativa vigente.

El afiliado que hubiere realizado la movilidad al régimen contributivo, como cotizante que se encuentre afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales, tendrá derecho a la atención de los servicios de salud derivados de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, los cuales le serán prestados a través de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, la cual repetirá contra la entidad del Sistema General de Riesgos Laborales correspondiente.

Para garantizar la prestación de los servicios de salud en la movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado, las EPS del régimen contributivo, cuyo número de afiliados en movilidad supere el diez por ciento (10%) del total de sus afiliados, deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007.

Las EPS habilitadas para operar el régimen subsidiado podrán administrar en el régimen contributivo, hasta el 10% del total de sus afiliados, con su actual habilitación, sin que se les exija el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las EPS del régimen contributivo.

No obstante, sobre este grupo de afiliados deberán cumplir con las reservas y el régimen de inversiones previsto para las EPS del régimen contributivo.

Las EPS habilitadas para operar el régimen contributivo podrán administrar en el régimen subsidiado hasta el 10% del total de sus afiliados. En este evento y

---

respecto de este grupo de afiliados, la EPS deberá aplicar y cumplir las condiciones financieras y de solvencia propias de este régimen.

Parágrafo. Para todos los efectos y mientras no se superen los topes de afiliados de que trata este artículo, el régimen legal aplicable para cada EPS es aquel para el cual está inicialmente habilitada.

Artículo 60. Recaudo de las cotizaciones. El pago de la cotización del afiliado que hubiere realizado la movilidad al régimen contributivo se hará a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, a la EPS del régimen subsidiado en la cual se encuentre inscrito, la que deberá girarlo a las cuentas maestras de recaudo que para tal fin hayan constituido las EPS del régimen subsidiado, con destino a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 61. Limitaciones a la movilidad. No habrá lugar a la movilidad y deberá realizarse el traslado de EPS entre regímenes diferentes, cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

61.1. Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio.

61.2. Cuando a la terminación del vínculo laboral o contractual del trabajador dependiente o independiente, agotados el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, si los hubiere, no reúne las condiciones para seguir como cotizante, afiliado adicional o como beneficiario, y no registra la novedad de movilidad en los términos previstos en el artículo 56 del presente Decreto.

61.3. Cuando no se registra la novedad de movilidad de los beneficiarios que pierden las condiciones establecidas para ostentar dicha calidad y no reúnen las condiciones para seguir inscritos en la misma EPS como cotizante dependiente, cotizante independiente o afiliado adicional.

En los eventos previstos en los numerales 61.2. y 61.3 del presente artículo el afiliado cotizante o los beneficiarios en el régimen contributivo deberán adelantar su inscripción en una EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de traslado.

Artículo 62. Prevalencia de la movilidad sobre el traslado. La novedad de movilidad prevalecerá sobre la novedad del traslado en las siguientes situaciones:

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

62.1. Cuando el cabeza de familia inscrito en una EPS del régimen subsidiado adquiera las condiciones para cotizar en el régimen contributivo y no haya cumplido el período de permanencia para el traslado, el cabeza de familia y su núcleo familiar deberán mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el régimen contributivo. Para el efecto, el cabeza de familia deberá registrar la novedad de movilidad.

62.2. Cuando un integrante del núcleo familiar en el régimen subsidiado adquiera las condiciones para cotizar en el régimen contributivo y no haya cumplido el período de permanencia para el traslado, deberá mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado perteneciente al régimen contributivo. Para el efecto, el cabeza de familia y el integrante del núcleo familiar deberán registrar las novedades de exclusión de beneficiario y de movilidad, respectivamente.

62.3. Cuando el cotizante en el régimen contributivo no reúne las condiciones para continuar cotizando y no haya cumplido el período de permanencia para el traslado, el cotizante y su núcleo familiar deberán mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el régimen subsidiado, siempre y cuando se cumplan las condiciones para la movilidad. Para lo cual, el afiliado cotizante deberá registrar la novedad de movilidad en los términos previstos en el artículo 56 del presente Decreto.

62.4. Cuando un beneficiario en el régimen contributivo pierda tal calidad y no haya cumplido el término de permanencia para el traslado, deberá mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el régimen subsidiado, siempre y cuando se cumplan las condiciones para la movilidad. Para el efecto, el afiliado cotizante y el beneficiario deberán registrar las novedades de exclusión de beneficiario y de movilidad, respectivamente.

Cuando se acredite el período mínimo de permanencia, el afiliado, en ejercicio del derecho a la libre escogencia, podrá permanecer en la misma EPS o ejercer el traslado de EPS entre regímenes diferentes.

Si no se acredita la condición de los beneficiarios del núcleo familiar del que pasa a ser cotizante en el régimen contributivo, se dará aplicación a lo previsto en el numeral 30.2 del artículo 30 del presente decreto. Una vez acreditada la condición de beneficiarios, el FOSYGA o quien haga sus veces reconocerá y girará el valor que corresponde a la UPC del régimen contributivo.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, en los eventos previstos en los numerales 62.1 y 62.2 del presente artículo, la EPS a la cual se solicita el traslado deberá negar el mismo e informará al afiliado su obligación de registrar la novedad de movilidad en la EPS en la que se encuentre

---

inscrito. En los eventos previstos en los numerales 62.3 y 62.4 del presente artículo, la EPS deberá comunicar al afiliado cotizante o al beneficiario que pierde tal calidad, la imposibilidad de efectuar el traslado entre regímenes y su obligación de registrar la novedad de movilidad en los términos previstos en el artículo 56 del presente Decreto.

Artículo 63. Práctica no autorizada en la movilidad. Constituye práctica no autorizada el registrar o suministrar por parte del empleador o el afiliado cotizante, información falsa o engañosa de la pérdida de la relación laboral o de las condiciones para seguir cotizando como independiente para acceder a la movilidad. Cuando el empleador o el afiliado cotizante incurran en esta conducta y haya tenido lugar la movilidad deberá pagar las cotizaciones e intereses de mora que se hubieren causado, sin perjuicio de las sanciones correspondientes a cargo de las autoridades competentes. Las cotizaciones e intereses de mora se girarán directamente al FOSYGA o quien haga sus veces y no habrá lugar al reconocimiento de las UPC en el régimen contributivo por estos afiliados.

Artículo 64. Condiciones de la operación de la novedad de movilidad. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las condiciones de orden técnico, financiero y operativas de la movilidad, tales como, las responsabilidades de los actores, la forma, medio y destinatarios de las cotizaciones, los costos de recaudo, la forma y condiciones del reconocimiento y giro del valor de las UPC, lo relativo a la provisión para las incapacidades por enfermedad general y el per cápita para promoción y prevención a EPS del régimen subsidiado.

Artículo 65. Aprobación y pago de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios. Cuando se produzca el traslado de una Entidad Promotora de Salud dentro de un mismo régimen o entre regímenes contributivo o subsidiado y existan sentencias de tutela que obliguen la prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios, tales decisiones obligarán a la Entidad Promotora de Salud receptora sin que pueda haber interrupción de los servicios de salud al afiliado.

CAPÍTULO VIII

MECANISMOS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 66. Período de protección laboral. Cuando el empleador reporte la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador independiente pierda las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad, el cotizante y su núcleo familiar gozarán del período de protección laboral hasta por uno (1) o tres (3) meses más contados a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Durante el período de protección laboral, el afiliado cotizante y su núcleo familiar tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios por el período de un (1) mes cuando haya estado inscrito en la misma EPS como mínimo los doce (12) meses anteriores y de tres (3) meses cuando haya estado inscrito de manera continua durante cinco (5) años o más.

Cuando durante el período de protección laboral al afiliado se le otorgue el Mecanismo de Protección al Cesante previsto en la Ley 1636 de 2013 y en el Capítulo 1, del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el período de protección laboral cesará.

Artículo 67. Protección en salud a través del Mecanismo de Protección al Cesante. Agotado el período de protección laboral, si lo hubiere, el afiliado que considere que cumple los requisitos para ser beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante, una vez radicada la solicitud deberá registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional tal circunstancia. Una vez otorgado el mecanismo de protección al cesante, el afiliado cotizante y su núcleo familiar mantendrán la continuidad de la prestación de los servicios que venían recibiendo y las prestaciones económicas para el cotizante en el régimen contributivo.

El afiliado cotizante que considere que cumple los requisitos para ser beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante deberá adelantar los trámites para la obtención de dicho beneficio de manera oportuna con el fin de que no afecte la continuidad de la prestación de los servicios de salud y en el evento de que no le sea otorgado el beneficio, hará uso de las otras medidas de protección previstas en el artículo 68 del presente decreto, según corresponda.

Otorgado el beneficio del mecanismo de protección al cesante, la entidad otorgante deberá reportar al Sistema de Afiliación Transaccional el inicio y la finalización del beneficio.

En ningún caso, los pagos de los aportes al sistema de salud efectuados por las entidades otorgantes del mecanismo de protección al cesante podrán imputarse para cubrir períodos de mora en que hubiere incurrido el empleador o el cotizante independiente, por lo que la EPS no podrá interrumpir la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio del cobro de las cotizaciones en mora que deba adelantar la EPS al aportante.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el afiliado cotizante informará directamente a la EPS, la radicación de la solicitud para acceder al citado beneficio. La entidad otorgante reportará la novedad a la EPS correspondiente, al día siguiente de la inscripción del cesante en el registro de beneficiarios.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Artículo 68. Otras medidas de protección. Cuando el empleador reporte la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador independiente pierda las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad, y el afiliado no hubiere accedido o se hubiere agotado el período de protección laboral o el Mecanismo de Protección al Cesante, podrá acudir a una de las siguientes medidas de protección:

68.1. Si el afiliado se encuentra clasificado en los niveles I y II del SISBÉN o dentro de las poblaciones especiales a que hace alusión los numerales 40.7, 40.8, 40.10, 40.11 y 40.12 del artículo 40 del presente decreto, éste y su núcleo familiar mantendrán la continuidad de la prestación de los servicios del plan de beneficios en el Régimen Subsidiado, en la misma EPS aplicando la movilidad o mediante su inscripción en otra EPS si cumple el período mínimo de permanencia para ejercer el traslado.

68.2. Si el afiliado no se encuentra clasificado en los niveles I y II del SISBÉN y no tiene las condiciones para cotizar como independiente deberá adelantar su inscripción como beneficiario en el régimen contributivo, si reúne las condiciones para ello o adelantar la inscripción en la EPS del régimen contributivo bajo la figura de afiliado adicional establecida en el artículo 38 del presente decreto.

Los afiliados también podrán acceder al esquema financiero y operativo establecido para los trabajadores independientes con ingresos inferiores al salario mínimo, de que trata el artículo 98 de la Ley 1753 de 2015, en los términos que reglamente el Gobierno Nacional.

Artículo 69. Garantía de la continuidad del aseguramiento en salud durante el trámite pensional. Con el fin de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Régimen Contributivo que hayan radicado documentos para solicitar el reconocimiento de una pensión a cargo del Sistema General de Pensiones que no se encuentren obligados a cotizar como independientes y no perciban otros ingresos sobre los cuales se encuentren obligados a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se seguirán las siguientes reglas:

69.1. Al término de la vinculación laboral se le garantizará al prepensionado y su núcleo familiar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios a través del período de protección laboral o del Mecanismo de Protección al Cesante previstos en el presente decreto, si tuviere derecho a ellos.

69.2. Si no hubiere lugar al período de protección laboral o al Mecanismo de Protección al Cesante o estos se hubieren agotado, el prepensionado y su

núcleo familiar podrán inscribirse como beneficiarios si cumplen las condiciones para ello o bajo la figura del afiliado adicional según lo dispuesto en el presente decreto.

69.3. Si no reúnen las condiciones para inscribirse como beneficiarios o afiliados adicionales y el prepensionado se encuentra clasificado en los niveles I y II del SISBEN, podrá solicitar la movilidad con su núcleo familiar al régimen subsidiado, en los términos previstos en el presente decreto.

69.4. Si no reúnen las condiciones para inscribirse como beneficiarios o afiliados adicionales y el prepensionado no se encuentra clasificado en los niveles I y II del SISBEN, podrá permanecer en el régimen contributivo cuando, de manera voluntaria, continúe cotizando como independiente sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente, pese a la inexistencia de la obligación de cotizar.

Reconocida la pensión de vejez, la entidad administradora o pagadora de pensiones, del valor de las mesadas pensionales retroactivas descontará el valor de las cotizaciones en salud y las girará al FOSYGA o quien haga sus veces, sin que la EPS tenga derecho a compensar por estas.

Cuando el prepensionado hubiere cotizado conforme a lo dispuesto en el numeral 69.4 del presente artículo, una vez giradas las cotizaciones por las mesadas retroactivas, el FOSYGA o quien haga sus veces le devolverá el monto de las cotizaciones realizadas por el período cotizado como prepensionado, en un monto equivalente a la cotización realizada sobre un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Para los efectos previstos en el numeral 69.4 del presente artículo, el afiliado registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional, además de la novedad de su calidad de cotizante independiente, la de prepensionado. El Ministerio de Salud y Protección Social efectuará los ajustes en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA que permita la identificación y pago de aportes del cotizante prepensionado.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la novedad se registrará en la EPS a través de la declaración de su calidad de prepensionado y el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá su identificación en la base de datos de afiliados vigente.

Artículo 70. Garantía de la continuidad de la protección en salud de los beneficiarios de un cotizante fallecido. Los beneficiarios de un cotizante fallecido tendrán derecho a permanecer en el Sistema en los mismos términos y por el mismo período que se establece para los períodos de protección laboral en

---

los términos previstos en el presente decreto cuando el cotizante fallecido tuviere derecho a ella; en todo caso, registrarán la novedad en el Sistema de Afiliación Transaccional a más tardar en el mes siguiente al fallecimiento.

Cuando una entidad promotora de salud, EPS, haya compensado por un afiliado cotizante fallecido o su grupo familiar, deberá proceder a la devolución de las UPC así compensadas, en el período siguiente de compensación que corresponda a aquel en que se verificó la información sobre el fallecimiento.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la novedad de que trata el presente artículo deberá reportarse directamente a la EPS.

CAPÍTULO IX

EFECTOS DE LA MORA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES Y GARANTÍA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 71. Efectos de la mora en las cotizaciones de trabajadores dependientes. El no pago por dos períodos consecutivos de las cotizaciones a cargo del empleador, siempre y cuando la EPS no se hubiere allanado a la mora, producirá la suspensión de la afiliación y de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios por parte de la EPS. Durante el periodo de suspensión, el empleador en mora deberá pagar el costo de los servicios de salud que demande el trabajador y su núcleo familiar, sin perjuicio del pago de las cotizaciones adeudadas y de los intereses de mora correspondientes.

De acuerdo con el artículo 43 de la Ley 789 de 2002, cuando ha mediado el descuento del aporte del trabajador y el empleador se abstiene de efectuar el pago de los aportes y por ello se encuentre en mora, la EPS deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar que se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias. Los costos derivados de la atención en salud del afiliado cotizante y su núcleo familiar estarán a cargo del empleador que se encuentre en mora, para lo cual la EPS cubrirá los costos y repetirá contra el empleador. Para tal efecto, el trabajador deberá allegar el desprendible de pago o su documento equivalente en el que conste que le ha sido descontado el aporte a su cargo.

Cuando el empleador no haya cumplido con la obligación de efectuar el descuento del aporte del trabajador y se encuentre en mora, durante el período de suspensión de la afiliación, la EPS en la cual se encuentre inscrito el trabajador no estará obligada a asumir la prestación de los servicios de salud, salvo que se trate de la atención de gestantes y de menores de edad. En este evento, los servicios

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

---

que demanden el trabajador y su núcleo familiar serán cubiertos en su totalidad por el empleador, sin perjuicio de la obligación de pago de las cotizaciones adeudadas y de los intereses de mora correspondientes.

La EPS podrá optar por suscribir acuerdos de pago con los empleadores por las cotizaciones en mora y en este evento no interrumpirá la prestación de los servicios de salud de los trabajadores y sus núcleos familiares. Una vez obtenido el recaudo de las cotizaciones adeudadas, la EPS tendrá derecho al reconocimiento de las respectivas UPC y siempre que demuestre que garantizó la prestación de los servicios de salud durante ese lapso. Si se incumplen las obligaciones establecidas en los acuerdos de pago, procederá la suspensión de la prestación de los servicios de salud de los afiliados comprendidos en el acuerdo y el costo de los servicios de salud que demanden los trabajadores y sus núcleos familiares estará a cargo del empleador. En ningún caso la suscripción de acuerdos de pago podrá involucrar la condonación de cotizaciones o intereses de mora.

Durante los periodos de suspensión por mora no habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad por parte del Sistema o de la EPS y su pago estará a cargo del empleador, salvo que haya mediado un acuerdo de pago.

Los efectos previstos en el presente artículo se aplicarán siempre y cuando la EPS no se hubiere allanado a la mora.

Cuando en cumplimiento de una decisión judicial, la EPS deba prestar servicios de salud a los trabajadores y sus núcleos familiares que tengan suspendida la afiliación por causa de la mora de su empleador, repetirá contra este último los costos de los servicios de salud en que incurrió.

Si al finalizar la vinculación laboral, el empleador se encuentra en mora, tal circunstancia no podrá constituir una barrera para que el trabajador se inscriba en una EPS a través de un nuevo empleador o como trabajador independiente, o acceda al período de protección laboral o al mecanismo de protección al cesante, o ejerza la movilidad en el régimen subsidiado con su núcleo familiar, si cumple los requisitos para ello.

Cuando se cumpla lo previsto en el artículo 43 de la Ley 789 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya o se haya garantizado la prestación del servicio para mujeres gestantes o menores de edad, las cotizaciones en mora que se recauden, podrán ser compensadas siempre y cuando, se haya garantizado efectivamente el acceso a los servicios de salud de los afiliados por los que se recaudó la cotización. En este evento, la EPS podrá apropiar los intereses por mora que se causen por estas cotizaciones.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Artículo 72. Consecuencias de la negación de la atención en salud por la mora del empleador cuando haya mediado el descuento de los aportes. Cuando una EPS, a pesar de que el trabajador le haya acreditado que su empleador le practicó el descuento del aporte a salud, niegue la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios al trabajador cotizante y su núcleo familiar que se encuentre con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, no tendrá derecho a recibir las UPC correspondientes a los períodos de mora.

El trabajador cotizante deberá reportar a la Superintendencia Nacional de Salud los casos en los que la EPS niegue los servicios argumentando la mora del empleador. El reporte se hará mediante la remisión del "formato de negación de servicios" o por vía escrita o telefónica o cualquier otro medio expedito que disponga esa entidad.

Una vez recibida esta queja, la Superintendencia Nacional de Salud solicitará a la EPS las explicaciones del caso, verificará si la negación de servicios de salud obedeció a la mora del empleador, adoptará respecto de la EPS las medidas de su competencia y procederá a inscribir a la EPS en el listado de entidades que negaron servicios al trabajador. Copia de este listado será remitido mensualmente al FOSYGA o quien haga sus veces para efectos de la compensación.

Cuando el empleador en mora efectúe el pago de las cotizaciones por los períodos adeudados, la EPS deberá girar las cotizaciones y los intereses de mora que se hubieren causado al FOSYGA o quien se haga sus veces sin que haya lugar al reconocimiento de las correspondientes UPC.

Artículo 73. Efectos de la mora en las cotizaciones de trabajadores independientes. El no pago por dos (2) períodos consecutivos de las cotizaciones del independiente dará lugar a la suspensión de la afiliación y de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios a cargo de la EPS en la cual se encuentre inscrito, siempre y cuando ésta no se hubiere allanado a la mora. Durante el período de suspensión de la afiliación, los servicios que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar les serán prestados a través de la red pública y estarán a su cargo los pagos previstos en el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Cuando la afiliación y el pago de aportes se efectúa a través de una agremiación o asociación autorizada para la afiliación colectiva y ha mediado el pago de la cotización por parte del trabajador independiente a la agremiación o asociación, las prestaciones económicas del cotizante y los costos derivados de la atención en salud que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar, durante el período de suspensión por mora, estarán a cargo de la agrerniación o asociación

---

correspondiente.

La EPS podrá optar por garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud del trabajador independiente en mora y su núcleo familiar, cuando suscriba acuerdos de pago por las cotizaciones e intereses adeudados y una vez obtenido el recaudo de las cotizaciones adeudadas, la EPS tendrá derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC, siempre y cuando demuestre que garantizó la prestación de servicios de salud durante ese período. Si se incumplen las obligaciones establecidas en los acuerdos de pago, procederá la suspensión de la prestación de los servicios de salud de los afiliados comprendidos en el acuerdo. En ningún caso la suscripción de acuerdos de pago podrá involucrar la condonación de cotizaciones o intereses de mora.

Cuando el trabajador independiente o uno de los integrantes de su núcleo familiar se encuentre en tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, la EPS en la cual se encuentre inscrito deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar hasta por cuatro (4) períodos consecutivos de mora, vencido dicho término se le garantizará la continuidad de la prestación de los servicios de salud a través de los prestadores de la red pública sin afectar su seguridad e integridad en los términos previstos en el presente decreto.

Cuando en cumplimiento de una decisión judicial, la EPS deba prestar servicios de salud al trabajador independiente o alguno de los integrantes de su núcleo familiar que tengan suspendida la prestación de los servicios de salud por mora, repetirá contra el trabajador independiente o la agremiación o asociación autorizada para la afiliación colectiva, según el caso, por los costos en que haya incurrido.

No habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad por parte del Sistema o de la EPS, durante los períodos de mora, siempre y cuando la EPS no se hubiere allanado a la misma.

Cuando las agremiaciones y asociaciones de afiliación colectiva en un período no efectúen el pago de aportes a salud de la totalidad de los trabajadores independientes agremiados, la entidad responsable del pago de aportes quedará incursa en causal de cancelación de la autorización de afiliación colectiva.

Artículo 74. Consecuencias de la suspensión de la afiliación del trabajador independiente. Durante el período de suspensión de la afiliación del trabajador independiente no se causará deuda por las cotizaciones e intereses de mora, sin perjuicio de que deba cancelar, los períodos de cotizaciones y los intereses de mora causados previamente a la suspensión.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud por los períodos consecutivos previos a la suspensión, dos (2) o cuatro (4) meses según el caso y si, como resultado de las acciones de cobro que deba adelantar, recauda las cotizaciones en mora por estos periodos tendrán derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC.

Lo anterior no exime al trabajador independiente de la obligación de reportar las novedades referidas a la perdida de las condiciones para seguir cotizando al Sistema.

Artículo 75. Garantía de la prestación de los servicios a las mujeres gestantes y beneficiarios menores de edad por efectos de la mora. Cuando exista mora y se trate de un cotizante independiente o dependiente o de un beneficiario, los servicios del plan de beneficios seguirán garantizándose través de la EPS a las madres gestantes por el periodo de gestación y a los menores de edad por el plazo previsto en el numeral 76.6 del artículo 76 del presente decreto.

Artículo 76. Obligaciones de las EPS frente a los aportantes en mora. Cuando el empleador o el trabajador independiente incurra en mora en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la EPS deberá proceder a:

76.1. Adelantar las acciones de cobro de los aportes en mora. La EPS deberá notificar al aportante que se encuentra en mora mediante una comunicación que será enviada dentro de los diez (10) días siguientes al mes de mora e informar que si no ha reportado la novedad de terminación de la inscripción de la EPS por haber perdido las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, deberá hacerlo a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la misma, así como de las consecuencias de la suspensión de la afiliación; si el aportante así requerido no pagare las cotizaciones cobradas deberá remitir la cuenta de cobro cada mes. En el caso de los trabajadores independientes, además deberá informarle los mecanismos con que cuentan para mantener la continuidad del aseguramiento en salud, así como las acciones que serán adoptadas en cumplimiento de lo previsto en el presente decreto.

76.2. Informar al cotizante dependiente, por cualquier medio, que su empleador se encuentra en mora en el pago de los aportes, sin perjuicio de que el Sistema de Afiliación Transaccional disponga la consulta del estado del pago de aportes.

76.3. Informar al aportante del traslado a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social –

UGPP cuando esta entidad asuma la competencia preferente conforme a lo establecido en el artículo 178 de la Ley 1607 de 2012 y el Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan o las que los reglamenten.

76.4. Cuando se trate de un trabajador independiente clasificado en el nivel I y II del SISBEN, vencido el primer período de mora, deberá informarle que si no reúne las condiciones para seguir cotizando, deberá reportar la novedad correspondiente y que una vez agotado los mecanismos para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud si los hubiere, podrá ejercer la movilidad la cual deberá registrar antes de que inicie la suspensión de la prestación de los servicios de salud.

76.5. Cuando el trabajador independiente no se encuentre clasificado en los niveles I y II del SISBEN y no reúne las condiciones para seguir cotizando le informará que deberá reportar la novedad y agotar los mecanismos para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud, si los hubiere. Cuando este trabajador o los integrantes de su núcleo familiar se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, antes de finalizar el cuarto mes, la EPS deberá coordinar con la entidad territorial correspondiente la continuidad de la prestación de los servicios de salud como población no asegurada a través de los prestadores de la red pública sin afectar la seguridad e integridad del paciente. Lo anterior sin perjuicio de la obligación de las personas de pagar los servicios de salud cuando no sea beneficiaria de los subsidios en salud.

76.6. Tratándose del trabajador dependiente a quien se le ha efectuado el descuento de su aporte y éste o los integrantes de su núcleo familiar se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias o se trate de menores de edad, la EPS estará obligada a garantizar tal atención hasta por un término máximo de doce (12) períodos de cotización en mora conforme a lo previsto en el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012; cuando se trate de las mujeres gestantes, la EPS garantizará su atención por el período de gestación. En todo caso, esta obligación cesará una vez la EPS coordine con la entidad territorial correspondiente la continuidad de la prestación de los servicios de salud a través de los prestadores de la red pública, sin afectar la seguridad e integridad del paciente, y la totalidad de su costo estará a cargo del empleador.

Parágrafo 1. Las acciones de cobro por las cotizaciones e intereses de mora adeudados serán adelantadas por las EPS conforme a los estándares de procesos que fije la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones

---

Parafiscales de la Protección Social – UGPP, sin perjuicio de que la Unidad ejerza las acciones de determinación y cobro de la mora en que incurran los aportantes en el pago de las cotizaciones en forma preferente, en especial, respecto de los trabajadores independientes que reportaron la novedad de pérdida de las condiciones para continuar cotizando al Sistema.

Efectuado el recaudo de las cotizaciones adeudadas la EPS no tendrá derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC por el período en que estuvo suspendida la prestación de los servicios de salud, evento en el cual deberá girarlas al FOSYGA o quien haga sus veces.

Parágrafo 2. De las comunicaciones previstas en los numerales 76.1. y 76.3. del presente artículo, la EPS deberá guardar constancia que podrá ser requerida en cualquier momento por las autoridades del sector para la revisión, análisis y auditoría.

Parágrafo 3. Cuando el trabajador independiente, en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 76.4. del presente artículo, ejerza la movilidad la novedad será reportada según lo dispuesto en el artículo 56 del presente decreto.

Parágrafo 4. Lo dispuesto en el numeral 76.6 del presente artículo será aplicable cuando la EPS se encuentre obligada a garantizar los servicios de salud de las gestantes y de los menores cuando no ha mediado el descuento del aporte del trabajador.

Artículo 77. Efectos de la mora en las cotizaciones de los pensionados. Cuando el pagador de pensiones incurra en mora en el pago de los aportes a cargo de los pensionados no se suspenderá la afiliación ni la prestación de los servicios de salud incluidos en el plan de beneficios a estos y a sus núcleos familiares. Las EPS deberán adelantar las acciones de cobro frente a los aportantes en mora. Una vez recaude las cotizaciones en mora tendrá derecho al reconocimiento de las UPC.

CAPÍTULO X

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 78. Licencia de maternidad. Para el reconocimiento y pago de la prestación de la licencia de maternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes se requerirá que la afiliada cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación.

Cuando por inicio de la vinculación laboral en el caso de las trabajadoras

---

dependientes y en el caso de las trabajadoras independientes se hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación se reconocerá y pagará proporcionalmente como valor de la licencia de maternidad un monto equivalente al número de días cotizados frente al período real de gestación.

En los casos en que durante el período de gestación de la afiliada, el empleador o la cotizante independiente no haya realizado el pago oportuno de las cotizaciones, habrá lugar al reconocimiento de la licencia de maternidad siempre y cuando, a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora por el período de gestación.

En el caso del trabajador independiente las variaciones en el Ingreso Base de Cotización que excedan de cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores, no serán tomadas en consideración, en la parte que excedan de dicho porcentaje, para efectos de liquidación de la licencia de maternidad o paternidad.

El empleador o trabajador independiente, deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS o EOC.

En el caso del trabajador dependiente, cuando la variación del IBC exceda el cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores se dará traslado a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP y demás autoridades competentes para que adelanten las acciones administrativas o penales a que hubiere lugar.

Artículo 79. Licencia de maternidad de la trabajadora independiente con un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal mensual vigente. Cuando la trabajadora independiente cuyo ingreso base de cotización sea de un salario mínimo mensual legal vigente haya cotizado un período inferior al de gestación tendrá derecho al reconocimiento de la licencia de maternidad conforme a las siguientes reglas:

79.1. Cuando ha dejado de cotizar hasta por dos períodos procederá el pago completo de la licencia.

79.2. Cuando ha dejado de cotizar por más de dos períodos procederá el pago proporcional de la licencia en un monto equivalente al número de días cotizados que correspondan frente al período real de gestación.

Artículo 80. Licencia de paternidad. Para el reconocimiento y pago de la prestación de la licencia de paternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes se requerirá que el afiliado cotizante hubiere efectuado aportes durante

---

los meses que correspondan al período de gestación de la madre y no habrá lugar al reconocimiento proporcional por cotizaciones cuando hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación.

En los casos en que durante el período de gestación, el empleador del afiliado cotizante o el trabajador independiente no haya realizado el pago oportuno de las cotizaciones habrá lugar al reconocimiento de la licencia de paternidad siempre y cuando, a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora por el período de gestación.

El empleador o trabajador independiente, deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS o EOC.

Artículo 81. Incapacidad por enfermedad general. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones.

Artículo 82. Regímenes exceptuados o especiales y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las condiciones de pertenencia a un régimen exceptuado o especial prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo y deberá afiliarse a los primeros. En consecuencia, no podrán estar afiliados simultáneamente a un régimen exceptuado o especial y al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios, o utilizar los servicios de salud en ambos regímenes.

Los miembros del núcleo familiar de las personas cotizantes que pertenecen a alguno de los regímenes exceptuados o especiales deberán pertenecer al respectivo régimen exceptuado o especial, salvo que las disposiciones legales que los regulan dispongan lo contrario.

Los regímenes exceptuados o especiales establecidos legalmente tendrán la obligación de reportar al Sistema de Afiliación Transaccional la información de identificación y estado de afiliación de su población afiliada.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero o compañera permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA o quien haga sus veces. Los servicios de salud

---

serán prestados, exclusivamente a través del régimen exceptuado o especial y podrá recibir las prestaciones económicas que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud en proporción al ingreso base de cotización por el que efectuó los aportes al Sistema. Para tal efecto, el aportante tramitará su pago ante el FOSYGA o quien haga sus veces.

Cuando las disposiciones legales que regulan el régimen exceptuado o especial no prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañera o compañero permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, obligado a cotizar deberá afiliarse en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepción o especial no prevé la afiliación del grupo familiar o la composición del núcleo familiar según lo previsto en el presente decreto, el obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus beneficiarios se afiliarán a este último.

Artículo 83. Restitución de recursos por efecto de la afiliación múltiple que involucre un régimen exceptuado o especial. En el evento de que un afiliado a alguno de los regímenes exceptuados o especiales se haya afiliado simultáneamente a una Entidad Promotora de Salud -EPS-, el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o quien haga sus veces deberá solicitar a la respectiva EPS la restitución de los recursos que por concepto de UPC se le hubieren reconocido por dicho afiliado durante el tiempo de la afiliación múltiple.

Las EPS deberán solicitar al operador del régimen exceptuado o especial al que pertenezca el afiliado, la restitución del valor de los servicios que le haya prestado durante el tiempo de la afiliación múltiple y el operador del régimen exceptuado o especial deberá pagar el costo de los servicios de salud a la EPS dentro de los treinta (30) días siguientes a aquel en que la EPS haya efectuado la restitución de UPC al FOSYGA o quien haga sus veces, so pena de la generación de intereses moratorios de conformidad con lo previsto en el artículo 4° del Decreto-Ley 1281 de 2002.

Cuando se trate de un afiliado a los regímenes exceptuados de las fuerzas militares y de la Policía Nacional o del Magisterio, del monto a restituir por UPC giradas durante el período que duró la afiliación múltiple las EPS podrán descontar el valor de los servicios prestados, incluyendo el valor de la contratación por capitación y el valor de la póliza para la atención de enfermedades de alto costo. Si el valor de los servicios prestados es inferior al valor de las Unidades de Pago por Capitación giradas, la EPS deberá restituir la diferencia correspondiente al FOSYGA o quien haga sus veces. Si el valor de los servicios es superior al valor de las UPC giradas la EPS así lo reportará al FOSYGA o quien haga sus veces y podrá cobrar el remanente directamente al operador del respectivo régimen de excepción.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

De conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el FOSYGA o quien haga sus veces se subrogará en los derechos de las EPS para el cobro del valor de los servicios que fueron descontados del monto de las UPC a restituir, a los operadores de los regímenes exceptuados de las fuerzas militares y de la policía nacional o del magisterio.

Parágrafo 1. Las entidades que operen los regímenes exceptuados o especiales deberán gestionar los recursos necesarios para garantizar el pago de los servicios prestados por las EPS a los afiliados a tales regímenes, producto de los estados de afiliación múltiple.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos y condiciones para que las EPS restituyan el valor de los recursos correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación -UPC giradas durante el tiempo de la afiliación múltiple, para lo cual podrá suscribir acuerdos de pago por las UPC adeudadas.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los términos y condiciones para la procedencia del descuento del valor de las UPC, giradas durante el período que duró la afiliación múltiple, de los servicios prestados al afiliado a los regímenes exceptuados de las fuerzas militares y de la Policía Nacional o del Magisterio.

Artículo 84. Servicios de salud de la población privada de la libertad a cargo del INPEC. La prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, a través del modelo de atención por parte del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad prevalecerá sobre la atención en salud a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o de los regímenes exceptuados o especiales.

Las personas privadas de la libertad que, de acuerdo con la normativa vigente, estén obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán efectuar el pago de sus aportes y no tendrán acceso a las prestaciones asistenciales y económicas a cargo del Sistema. Los servicios de salud al núcleo familiar, si lo hubiere, le serán prestados a través de la EPS en la cual realice las cotizaciones. La EPS sólo recibirá la Unidad de Pago por Capitación – UPC por los integrantes del núcleo familiar. Lo anterior sin perjuicio de que puedan suscribir o renovar un plan voluntario de salud.

El Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad tendrá la obligación de reportar al Sistema de Afiliación Transaccional la información de la población privada de la libertad a su cargo.

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

Artículo 85. Contratación de planes voluntarios de salud. Las entidades que oferten planes voluntarios de salud deberán verificar que no se incluyan en las pólizas o los contratos correspondientes, al momento de la suscripción o la renovación, a personas que estando obligadas a pertenecer al régimen contributivo no se encuentren previamente inscritas en una EPS de dicho régimen.

El incumplimiento de esta obligación acarrea para la entidad prestataria del plan voluntario de salud la responsabilidad en la atención integral en salud del afiliado.

La entidad quedará exceptuada de esta obligación cuando el afiliado se retire del régimen contributivo de salud, con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato.

Todas las entidades que oferten planes voluntarios de salud tendrán la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social el listado de las personas beneficiarias de estos planes conforme a la estructura y contenidos definidos por el Ministerio.

Las personas afiliadas a los regímenes exceptuados o especiales podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen exceptuado o especial al que pertenezcan.

El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá la información para la consulta sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 86. Modificaciones a la capacidad de afiliación. Las modificaciones a la capacidad de afiliación geográfica, poblacional, mixta o de redistribución de una Entidad Promotora de Salud estarán sujetas a dos regímenes de autorización, de autorización general y de autorización previa.

Estarán sujetas al régimen de autorización general las modificaciones a la capacidad de afiliación, referentes al aumento poblacional o de cobertura geográfica en otros municipios o departamentos o de redistribución en municipios autorizados siempre y cuando la Entidad Promotora de Salud no se encuentre en causal de disolución o liquidación, o de revocatoria o suspensión del certificado de autorización conforme a lo dispuesto en el artículo 230 de la Ley 100 de 1993 en causal de la revocatoria de la habilitación.

Estará sujeta al régimen de autorización previa toda disminución de la capacidad de afiliación de carácter poblacional o de cobertura geográfica. También aplicará este régimen cuando la Entidad Promotora de Salud no cumpla los criterios para acceder al régimen de autorización general, cuando la entidad se encuentre sometida al cumplimiento de algún plan de desempeño o de instrucciones

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

---

especiales emitidas por algún organismo de inspección, vigilancia y control o cuando así lo disponga la Superintendencia Nacional de Salud.

En el régimen de autorización general, la Entidad Promotora de Salud deberá registrar y radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud en los primeros quince días de cada mes, las modificaciones a la capacidad de afiliación realizadas en el mes inmediatamente anterior. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá un control posterior.

Efectuada la modificación a la capacidad de afiliación, la EPS deberá garantizar la suficiencia de la red prestadora para la nueva población y como producto de la afiliación realizar los ajustes financieros a que haya lugar conforme a lo dispuesto en el Decreto 2702 de 2014 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En ningún caso, las EPS podrán negar la inscripción de las personas argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación, para lo cual deberán aplicar la autorización general cuando la entidad ha superado su capacidad autorizada.

Artículo 87. Procesos de reorganización institucional. En los procesos de fusión, escisión, creación de nuevas entidades u otras formas de reorganización institucional, las EPS participantes podrán ceder sus afiliados a la Entidad Promotora de Salud resultante del proceso de reorganización institucional. El plan de reorganización institucional correspondiente deberá ser presentado ante la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación la cual deberá verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos mínimos:

87.1. Que la entidad o las entidades que ceden sus afiliados tengan una participación mayoritaria en la entidad resultante de la reorganización.

87.2. Que la entidad que cede sus afiliados realice simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos, asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, a la Entidad Promotora de Salud resultante de la reorganización.

La Superintendencia Nacional de Salud establecerá las condiciones y requisitos para la presentación del plan de reorganización y la aplicación de las demás disposiciones del presente artículo.

Artículo 88. Afiliación de los extranjeros solicitantes de la condición de refugiados o asilados. Los extranjeros solicitantes de la calidad de refugiados o asilados ante el Estado colombiano que cuenten con salvoconducto de permanencia, conforme a lo previsto en el Título 3, Parte 2 del Libro 2 del Decreto

Continuación del decreto *"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"*.

1067 de 2015 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, se afiliarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o como afiliados al Régimen Subsidiado, si cumplen las condiciones para ello.

Artículo 89. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los Decretos 1485 de 1994, artículo 14 numerales 1, 2, 3, 4, 8, 9, 12, 14 y 16; 806 de 1998 con excepción de los artículos 17 al 24, 52, 65, 69, 70, 71, 72 y 79; 1725 de 1999, artículo 1°; 1804 de 1999, artículo 21; 047 de 2000; 783 de 2000 con excepción del artículo 1°; 1703 de 2002 con excepción de los artículos 24, 36 y 39; 2400 de 2002; 4248 de 2007; 1357 de 2008, 3047 de 2013; 1164 de 2014 y 057 de 2015 y los Acuerdos 414 y 415 con excepción de los artículos 4, 5, 7 parágrafo 4, 8, 11, 12, 13, 18, 30, 33, 37, 39, 40, 41, 42, 70, 71, 72, 73, 74 y 81, ambos del 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D. C., a los 3 DIC 2015

El MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE