

EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Acceso universal y efectivo



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD





Carlos Fernando Galán
Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

Gerson Orlando Bermont
Secretario Distrital de Salud

Luis Alexander Moscoso Osorio
Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento

Yiyola Yamile Peña Rios
Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Katty Margarita Baquero Baquero
Subdirectora de Administración del Aseguramiento

EQUIPO TÉCNICO DE ASEGURAMIENTO

Gloria Inés Goyes Hidalgo

Sonia León Castro

Mariana Luengas Alarcón

Juan Pablo Berdejo Casas

José Antonio Lozano Poloche

Sandra Dolores Beltrán Bautista

Profesionales especializados

OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES

Estefania Fajardo de la Espriella

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

Jhon Velasco

Coordinación Editorial

Diseño y diagramación

Fotografía e imágenes

Oficina Asesora de Comunicaciones

Secretaría Distrital de Salud

Pexels



Contenido

Presentación	5
Hablemos todos el mismo lenguaje	7
1. La salud: un derecho fundamental	9
1.1 El derecho a la salud: más que atención médica.....	10
1.1 Atención de urgencias.....	11
2. Nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	12
2.1 Régimen Contributivo.....	14
2.1.1 ¿Cómo afiliarse al régimen contributivo?.....	16
2.1.2 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen contributivo y con qué documento se acredita?.....	17
2.1.3 Lo que debe saber del régimen contributivo.....	19
2.1.4 Responsabilidades sociales o deberes del empleador	20
2.2 Régimen Subsidiado.....	21
2.2.1 ¿Cómo afiliarse al régimen subsidiado?.....	21
2.2.2 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen subsidiado.....	23
2.2.3 Novedades que debe presentar como afiliado al régimen subsidiado.....	23
2.2.4 Lo que debe saber del régimen subsidiado	25
2.3 Lo que aplica para los dos regímenes.....	25
2.3.1 Plan de Beneficios en Salud	26
2.3.2 Deberes de las Entidades Promotoras de Salud – EPS	26
2.3.3 Derechos del afiliado en los regímenes contributivo ó subsidiado	27
2.3.4 Deberes del afiliado en los regímenes contributivo ó subsidiado	29
2.4 Pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras	30
2.4.1 Pagos compartidos o copagos.....	31
2.4.2 La cuota moderadora.....	34
3. Portabilidad	36
3.1 La emigración y tipos de emigración.....	38
3.2 Responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud – EPS	39
3.3 Requisitos del usuario para acogerse a la portabilidad.....	39
4. Movilidad	41
4.1 Aspectos para tener en cuenta para hacer Movilidad, dependiendo del régimen de afiliación	42
4.2 Limitaciones de movilidad.....	43
4.3 Prevalencia de la movilidad sobre el traslado.....	43
5. Traslado	45
5.1 Tipos de traslado.....	45
5.2 Requisitos para tener en cuenta en el momento de solicitar el traslado.....	46



6. Poblaciones especiales	47
7. Población víctima del conflicto armado interno	51
7.1 ¿Quiénes son víctimas del conflicto armado interno?.....	52
7.1.1 Pasos para ejercer el derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado interno	53
8. Mujer víctima de violencia	55
8.1 Derechos de las mujeres víctimas de violencia.....	56
8.2 Medida de atención.....	57
9. Población Migrante	59
9.1 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de migrantes extranjeros	61
9.2 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de extranjeros residentes en el país	62
9.3 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de colombianos retornados de Venezuela	62
9.4 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los hijos de padres venezolanos nacidos en Colombia	63
10. La Secretaría Distrital de Salud (SDS), cerca de usted	65
10.1 Dirección de Servicio a la Ciudadanía	66
10.2 Líneas de trabajo de Cuéntanos Bogotá.....	66
10.2.1 Brindar Orientación e información	66
10.2.2 Gestionar las peticiones	69
10.2.3 Fortalecer el Servicio a la Ciudadanía con enfoque diferencial	69
10.2.4 Acompañar los trámites y servicios	69
11. Otros directorios de interés	71
Referencias	74



Presentación

Garantizamos el acceso a los servicios de salud

En Colombia opera el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado mediante la Ley 100 de 1993, con el propósito de proteger de manera integral las contingencias que deterioran la salud y por ende, la capacidad económica de la población residente en Colombia, garantizando el acceso a los servicios de salud mediante el esquema de aseguramiento, con base en principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Con el SGSSS se proyecta la universalidad del aseguramiento en el que toda la población residente en el Territorio Nacional debe estar afiliada mediante los regímenes contributivo y subsidiado; este último con el aporte estatal y dirigido a quienes viven en condiciones de vulnerabilidad y pobreza que no les permiten financiar el aseguramiento, es decir, afiliarse al régimen contributivo.

En tal sentido, la Secretaría Distrital de Salud (SDS), como ente rector y responsable de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud, promueve la afiliación al SGSSS de toda la población residente en Bogotá D.C., contando así con un 75% de la población afiliada al régimen contributivo y el 22% al régimen subsidiado.

También, en el Sistema de Información y Orientación al Usuario, se ha evidenciado que nuestros usuarios y la comunidad en general, en ejercicio del derecho a la salud, confunden el Sisbén con el régimen subsidiado de salud, copago con cuota moderadora, movilidad con portabilidad, no identifican cuál es la población pobre no asegurada y no conocen su estado de afiliación en el SGSSS, situaciones que se convierten en inconvenientes en el momento de requerir atención en salud.

Por lo tanto, se actualiza la presente cartilla con el propósito de aclarar conceptos y explicar de manera pedagógica, cómo funciona el SGSSS y lograr así, un mayor porcentaje de acceso y cobertura de afiliados en salud.

Esta herramienta de fácil manejo aporta información relevante y vigente del aseguramiento en salud y orienta al usuario en las rutas de acceso a los servicios y la exigibilidad de sus derechos en salud.

En estas páginas se encontrarán definiciones de cada régimen y los criterios respecto a quienes deben estar en cada uno de ellos, así como explicación sobre los subsidios que otorga el Estado y las condiciones para obtenerlos. Se enfatiza en el aseguramiento de la población especial, de la que hacen parte diversos grupos que por su condición de vulnerabilidad y características particulares tienen prelación dentro del SGSSS. En cuanto a la ruta de acceso a los servicios de salud, se explica el programa de gratuidad en salud para los residentes de Bogotá y el derecho a la portabilidad nacional como herramienta para hacer realidad la atención en salud de las personas aseguradas en el régimen subsidiado ó en el contributivo en cualquier lugar del país, así como la movilidad como mecanismo que garantiza la continuidad en la prestación de los servicios de salud de aquellas personas cuya condición social y económica se modifica por las contingencias de vida, en concordancia con lo propuesto en la Ley 100 de 1993.

En la parte final se encuentra el directorio de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado; así como los puntos de atención de la Personería Distrital y de los Centros de Encuentro, dirigidos a la orientación y atención integral de la población víctima del conflicto armado.

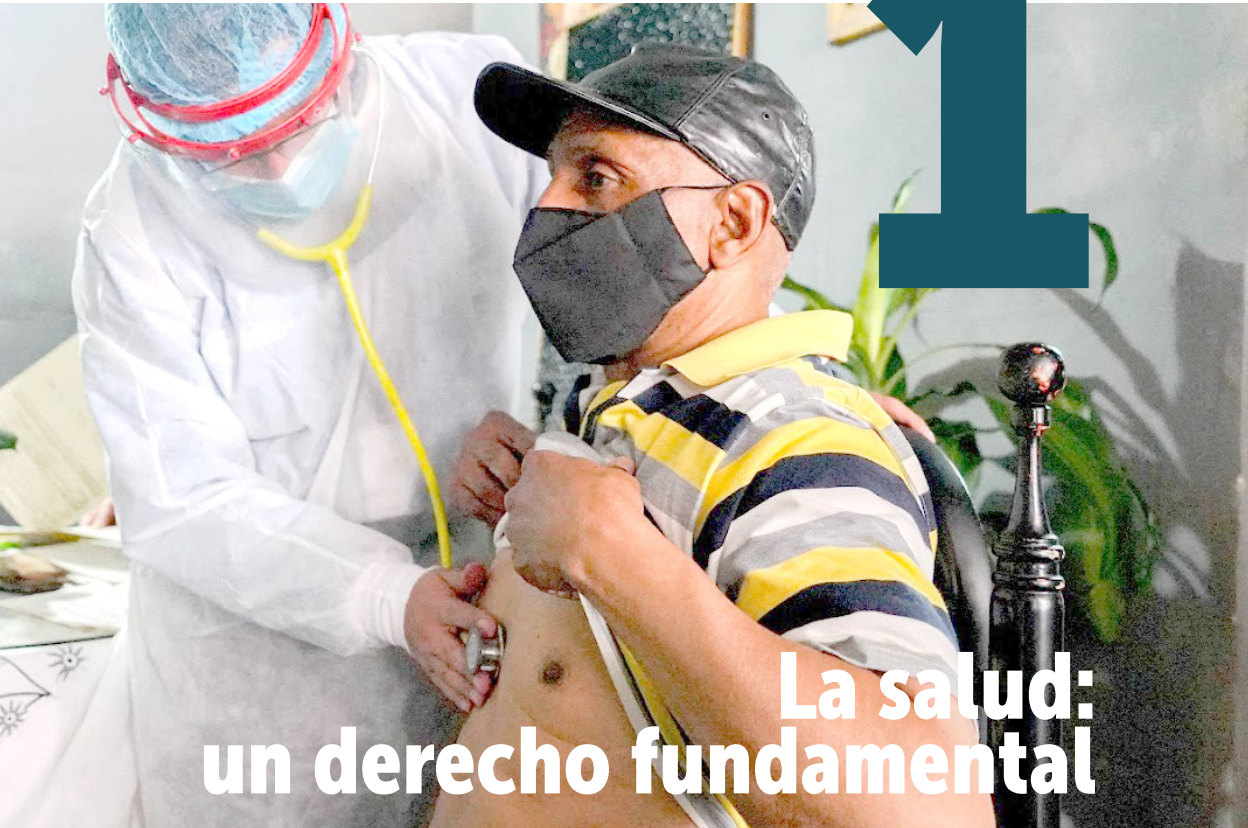


Hablemos todos el mismo lenguaje

En nuestro Sistema de Salud se usan muchas siglas y abreviaturas que es conveniente que usted, como ciudadano, conozca. A continuación, se presentan las utilizadas en esta cartilla.

Abreviaturas utilizadas en salud	
Abreviatura	Significado
ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ARN	Agencia para la Reincorporación y Normalización
APS	Atención primaria en salud
ARL	Administradora de riesgos laborales
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CADE	Centro de Atención del Distrito Especial
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ICBF	Instituto Colombiano del Bienestar Familiar
INPEC	Intituto Nacional Penitenciario y Carcelario
IPS	Instituto Prestadora de Servicios de Salud
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PILA	Planilla Integrada de Liquidación de Aportes
PPNA	Población Pobre No Asegurada
PPR	Personas en Proceso de Reintegración
PYP	Promoción y Prevención
PEP	Permiso Especial de Permanencia
PPT	Permiso por Protección Temporal
SAT	Sistema de Afiliación Transaccional
RUV	Registro Único de Víctimas
SDP	Secretaria Distrital de Planeación
SDS	Secretaria Distrital de Salud
SDIS	Secretaria Distrital de Integración Social
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
Sisbén	Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales
SMLMV	Salario Mínimo Legal Mensual Vigente
USS	Unidad de Servicios de Salud
UARIV	Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Fuente: Elaboración propia



La salud: un derecho fundamental

EL derecho a la salud, entendido como “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de salud” (Ley 1751, 2015), es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable. Así mismo, es importante precisar que la Organización Mundial de la Salud definió la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).



1.1 El derecho a la salud: más que atención médica

Con el fin de que las personas disfruten del derecho a tener el mejor nivel posible de salud física, mental y social, el Estado debe adoptar políticas para garantizar que:

- Todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo, orientación sexual, idioma, religión, origen y lugar de nacimiento, opinión política o de otro tipo, situación social, situación económica o discapacidades físicas o mentales, puedan ejercer su derecho a la salud, sin discriminación.
- La población participe en el proceso de toma de decisiones y en los proyectos del sector de la salud.
- Las personas tengan a su disposición un número suficiente de programas, equipos, servicios de salud y centros de atención.
- Todas las personas, sin discriminación, tengan acceso a las tecnologías en salud (actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales, equipos, dispositivos biomédicos, entre otros) contenidos en el Plan de Beneficios e información relacionada con su salud.

- Todos los bienes y servicios de salud se soporten en el ejercicio de la ética profesional y sean pertinentes, es decir, acordes con las necesidades de la población.

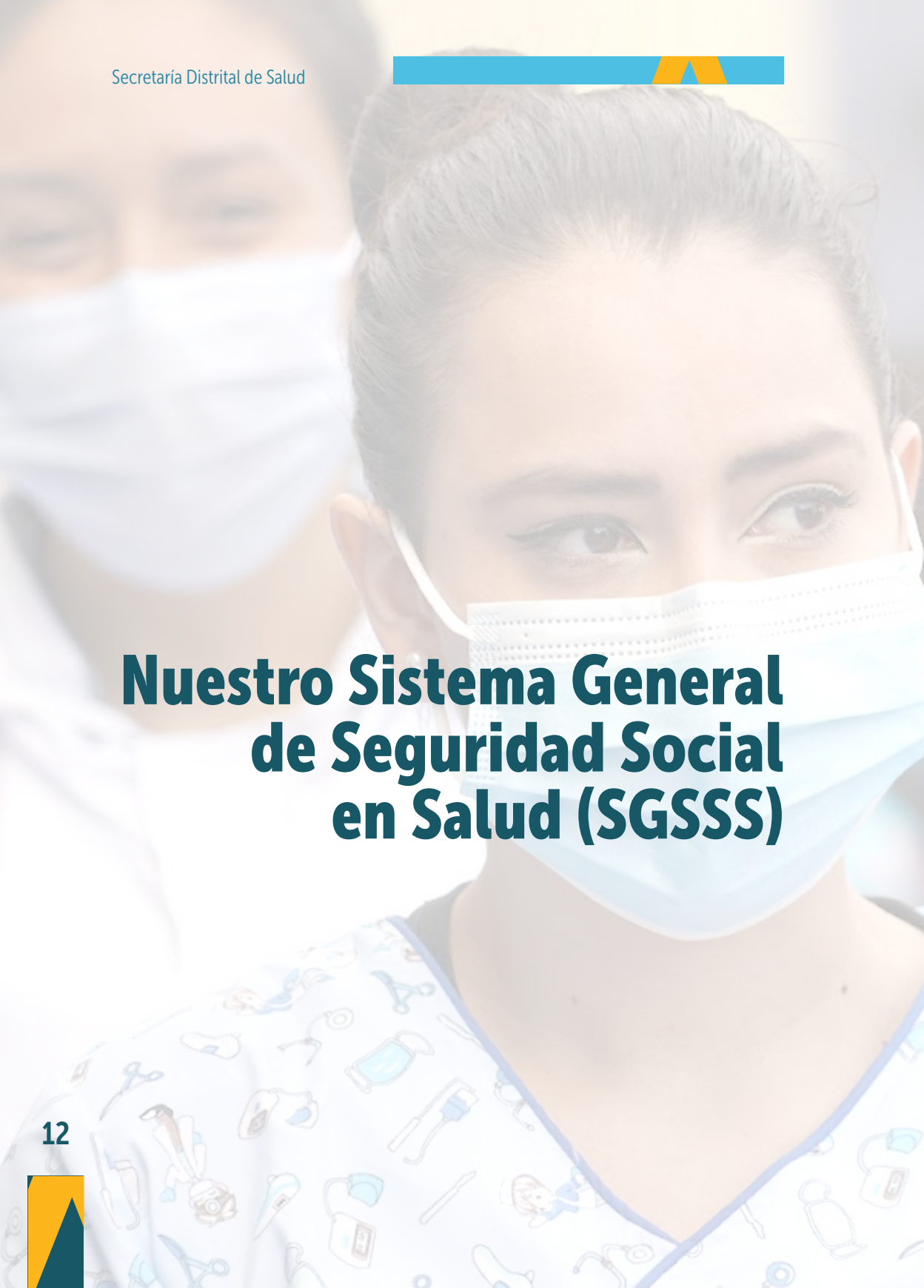
1.2 Atención de urgencias

La atención de urgencias por parte de los prestadores de servicios de salud, ya sean públicos o privados, debe brindarse de manera obligatoria a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago o del tipo de afiliación al sistema. Esta atención no requiere autorización por la aseguradora donde se esté afiliado.

De acuerdo con la clasificación del Triage (resolución 5596 de 2015) las personas con Triage I, II y III están exentos de cobro de cuota moderadora según decreto 1652 de 2022, de igual manera quienes estén clasificados en las categorías de Triage IV y V tendrán cobro de cuota moderadora.

No obstante, no podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.





Nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

2



EL SGSSS es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los que disponen los usuarios para disfrutar del derecho a la salud y a la calidad de vida, mediante el acceso a los planes y programas que se desarrollen con el fin de garantizar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica (Ley 100 de 1993). Con la Ley Estatutaria (Ley 1751 del 2015) se determina que el Sistema de Salud es el mecanismo con que el Estado logra la materialización del derecho de la salud.

El actual sistema de la salud establece dos regímenes

- Contributivo
- Subsidiado

Al momento de expedirse la Ley 100 de 1993 se contemplaron excepciones para algunos sectores de la población respecto al acceso al SGSS, las cuales se rigen por normas vigentes y expedidas con anterioridad a dicha ley. Estos son conocidos como los regímenes exceptuados en los que se encuentran el régimen de excepción y el régimen especial.

2.1 Régimen contributivo

Todos los empleados, los trabajadores independientes y los pensionados, con ingresos totales mensuales iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente, deben estar afiliados al régimen contributivo y realizar los aportes mensuales a una Entidad Promotora de Salud, para garantizar la atención en salud requerida por medio de la red de prestadores de servicios de salud contratada por dicha entidad, de acuerdo con lo indicado en la tabla 1.

Tabla 1. Aportes a régimen contributivo

Aportes a régimen contributivo			
Tipo de vinculación laboral	Aporta el afiliado cotizante	Aporta el empleador o patrón	Total
Empleado	4% \$40.000	8,5% \$85.000	12,5%
Trabajador Independiente	12,5% \$125.000		12,5%
Pensionado (Ley 2294 de 2023)	4%. = 1 SMLVA 10%. = Mayor de 1 SMLV y hasta 3 SMLMV 12 % = Mayor de 3 SMLVA y más		Aplica según mesada pensional

Fuente: Elaboración propia.

Desde la fecha de su afiliación a la EPS, de la aplicación del traslado o de la movilidad, usted tiene derecho a la cobertura plena de los servicios de salud del Plan de Beneficios, entre los cuales se encuentra atención inicial de urgencias, actividades de promoción y prevención y atención integral a la materna y al recién nacido.

El cotizante tiene el deber de afiliar a los integrantes de su familia, quienes estarán protegidos y contarán con los servicios de salud, en calidad de beneficiarios sin necesidad de hacer aportes adicionales.

Tenga en cuenta que todo su grupo familiar debe estar afiliado a la misma EPS. Además, si usted y su cónyuge cotizan, el grupo familiar beneficiario estará en cabeza de uno de los dos.

- **Si usted es empleado:**

- Su empleador es la persona responsable de afiliarlo al régimen contributivo en la Entidad Promotora de Salud (EPS) que usted libremente elija.

- **Si usted es pensionado:**

- La responsabilidad de su afiliación como pensionado es del correspondiente fondo de pensiones, y usted debe aportar a la EPS elegida lo que corresponda según lo ordenado en el artículo 142 de la ley 2010 de 2019.

- Los pensionados no tienen derecho al pago de prestaciones económicas de origen laboral, como la licencia de maternidad o la de incapacidad. El pago de la pensión será continuo y no se verá interrumpido por ningún motivo.

- En caso de vincularse nuevamente como empleado, debe informar y cotizar a la EPS donde está afiliado, sin dejar de hacer los aportes de su mesada propios de su condición de pensionado. Tendrá derecho a recibir las prestaciones económicas correspondientes por incapacidad o por enfermedad general, en caso de requerirlo. Además, el empleador debe afiliarlo al régimen contributivo y al sistema general de riesgos laborales y tendrá derecho a los beneficios de todo trabajador independiente o empleado.

- **Si usted es independiente y gana un salario mínimo legal vigente o más:**

- Debe afiliarse al régimen contributivo y cumplir con la cotización mensual del 12.5% para salud, el 16% para pensión y, de acuerdo con el riesgo, realizar aportes al sistema de riesgos laborales (ARL), sobre sus ingresos, con derecho a recibir los mismos beneficios que tienen los empleados.



2.1.1 ¿Cómo afiliarse al régimen contributivo?

- Escoja la EPS donde quiere ser atendido y comuníquelo a su empleador. Diligencie el formulario de afiliación a la EPS junto con su empleador. Incluya a todos los beneficiarios y anexe la copia de los documentos requeridos: documento de identidad, registro civil, acta de matrimonio o certificado de convivencia, según el caso (tabla 2).

Tabla 2. Documentos requeridos para afiliación al Sistema de Salud

Ciudadanos colombianos	Migrantes internacionales
Registro civil de nacimiento o el certificado de nacido vivo para menores de (3) meses.	Cédula de extranjería.
Registro Civil de nacimiento para los mayores de (3) meses y menores de siete (7) años de edad.	Carné diplomático
Tarjeta de identidad para los mayores de siete (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.	Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados
Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.	Pasaporte para menores de siete (7) años con visa de residencia y expedido por Migración Colombia
	Salvoconducto de permanencia (SC2) del solicitante de reconocimiento de la condición de refugiado (válido por seis meses)
	Permiso por Protección Temporal - PPT expedido por * Migración Colombia (sólo aplica para migrantes venezolanos)
	Normatividad: PPT (solo población venezolana, Resolución 572 de 2022 incluye el PPT como documento válido en el SGSSS) Habilitación de RUMV en algunos casos resolución 4713 de 30 dic 2024 PEP tutor: Decreto 1209 de 2024

Fuente: Decreto 780 de 2016, resolución 572 de 2022, resolución 4713 de 30 dic 2024, decreto 1209 de 2024.



- Si es trabajador independiente, empleador o persona con capacidad de pago, diríjase a la EPS que elija, y diligencie el formulario de afiliación anexando los documentos antes mencionados.
- Recuerde que el empleador y el trabajador independiente deben hacer los aportes de salud, pensiones y riesgos profesionales a través del pago asistido (PILA), por vía telefónica o por internet. Solicite más información a la EPS que usted elija, o al fondo de pensiones al que pertenece.

2.1.2 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen contributivo y con qué documentos se acredita?

En la tabla 3 se relacionan los beneficiarios del régimen contributivo y los documentos con los cuales se acredita dicha condición, para obtener el derecho.

Tabla 3. Beneficiarios del régimen contributivo y forma de acreditación

Beneficiarios	Documento
El cónyuge	Registro civil de matrimonio
Compañero(a) permanente del afiliado (a), incluyendo a las parejas del mismo sexo, cuando conviven en unión libre.	Escritura pública elevada ante un notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes. Por sentencia judicial, con base en los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con reconocimiento de los jueces de familia de primera instancia .
Los hijos menores de 25 años que dependen económicamente del afiliado (a).	La calidad de hijos o padres se acreditará con los registros civiles correspondientes.
Los hijos de cualquier edad, si tienen discapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.	La discapacidad permanente de los hijos mayores de 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 clasificación invalidez.

Beneficiarios	Documento
<p>Los hijos menores de veinticinco (25) años y los hijos de cualquier edad con discapacidad permanente que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de estos, se encuentren, hasta el tercer grado de consanguinidad, con el cotizante y dependan económicamente de este.</p>	<p>Documento en el 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.</p>
<p>Los hijos del conyuge o del compañero permanente del afiliado menores de 25 años que dependen económicamente del afiliado y los hijos de cualquier edad, si tienen discapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.</p>	<p>La calidad de hijos o padres se acreditará con los registros civiles correspondientes.</p>
<p>Los hijos de los beneficiarios, es decir, los hijos de los hijos menores de 25 años que dependen económicamente del afiliado y/o los hijos de los hijos de cualquier edad si tienen discapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante, hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición.</p>	<p>La calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, se acreditará con los registros civiles correspondientes</p>
<p>A falta del cónyuge o del compañero permanente y de hijos, el cotizante puede incluir a los padres que no estén pensionados y dependan económicamente de él.</p>	<p>La calidad de hijos o padres se acreditará con los registros civiles correspondientes.</p>
<p>Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente</p>	<p>Los menores en custodia legal con la orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente</p>

Pueden incluirse como beneficiarias a personas diferentes de las del grupo familiar básico, como afiliados adicionales, siempre y cuando el cotizante haga un pago mensual adicional, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas personas pueden ser hasta de tercer grado de consanguinidad (abuelos, sobrinos, nietos, hermanos) que dependan económicamente del cotizante.

2.1.3 Lo que deben saber del régimen contributivo

No existen los “periodos de carencia”, que eran los periodos a lo largo de los cuales el afiliado debía cotizar para que la EPS garantizara el cubrimiento parcial o total de algunos tratamientos. Ahora las EPS deben garantizar y cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en salud, sin excepciones, desde el mismo día de la afiliación.

Las preexistencias, es decir, la exclusión del tratamiento o del manejo de las enfermedades que hayan comenzado o hayan sido diagnosticadas antes de la afiliación del usuario, se tienen en cuenta solo en la medicina prepagada; dicho concepto no se aplica en el actual SGSSS.

El recién nacido hijo de padres afiliados al régimen contributivo quedara automáticamente afiliado a la EPS donde se encuentra la madre, sin perjuicio del cumplimiento de la responsabilidad de la madre o del padre de registrar al recién nacido dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento.

Estar afiliado al régimen contributivo le da derecho al beneficiario del reconocimiento en dinero del 66,6% del salario básico de cotización por los primeros 90 días en caso de una incapacidad temporal derivada de alguna enfermedad general, y al reconocimiento económico del 100% por licencia de maternidad.

Los aportes mensuales que debe hacer la persona afiliada al régimen contributivo deben pagarse antes del día 10 de cada mes, conforme al cronograma previsto en la norma y de acuerdo con el tipo de afiliación. Para tener derecho a los servicios de salud, usted debe estar al día en los aportes mensuales que debe hacer a la EPS elegida.

Si usted es empleador y no cumple con los aportes de sus empleados deberá asumir la totalidad de los costos que genere la atención en salud tanto de ellos como de los beneficiarios. Además, si usted no ha hecho la afiliación a un fondo de pensiones, deberá asumir los costos de jubilación, invalidez o muerte de su empleado.



2.1.4 Responsabilidades sociales o deberes del empleador

- Afiliar a una EPS a todas las personas con quienes tenga vinculación laboral verbal o escrita, temporal o permanente.
- Respetar la libre elección de la EPS por parte del trabajador.
- Pagar cumplidamente los aportes correspondientes a las EPS donde están afiliados sus empleados.
- Descontar de los ingresos laborales el porcentaje correspondiente que debe aportar el empleado a la EPS, pagarle oportunamente a la EPS donde está afiliado el empleado e informar a los trabajadores sobre las garantías que tiene en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Asumir el costo completo de la atención del trabajador y de su núcleo familiar cuando se le suspenda la afiliación por no pagar de manera oportuna los aportes correspondientes.
- Pagar el valor total de las cotizaciones atrasadas por sus trabajadores.
- Tramitar el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y las licencias de maternidad o paternidad, de manera directa ante las EPS. Por tanto, en ningún caso puede trasladársele al afiliado el trámite para obtener dicho reconocimiento. Estos pagos debe recibirlos el empleado por medio del empleador.
- Comunicar a la EPS las novedades del cotizante, y solicitar su retiro cuando este ha dejado de trabajar en su empresa.



2.2 Régimen Subsidiado

El régimen subsidiado de salud fue creado para la población que no tiene recursos económicos suficientes para aportar al sistema o no cumple ninguna de las condiciones descritas para pertenecer al régimen contributivo o al régimen de excepción.

2.2.1 ¿Cómo afiliarse al régimen subsidiado?

La afiliación al régimen subsidiado por primera vez se puede realizar por diferentes medios como son:

- A través del portal mi seguridad social.
- Por el Sistema de Afiliación transaccional con las Instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Afiliación de oficio con la Secretaria Distrital de Salud.
- En los puntos físicos de las EPS habilitadas en la ciudad para el régimen subsidiado

Para mantenerse activo en el régimen subsidiado, es necesario contar con la encuesta Sisben metodología IV según resolución 1870 de 2021, esta encuesta es la herramienta mediante la cual se determina la vulnerabilidad de la población. Es importante tener en cuenta que el afiliado tiene 4 meses contados a partir de la fecha de afiliación para solicitar o presentar dicha encuesta, de lo contrario será suspendido y/o retirado de la EPS, hasta contar con el soporte de la encuesta Sisben IV.

También pueden afiliarse al régimen subsidiado quienes están certificados como población especial en los listados censales elaborados por las respectivas entidades encargadas, como: personas en proceso de reintegración (PPR), indígenas, habitantes de la calle, niños, niñas y adolescentes (NNA) en protección, persona adulta mayor en protección, gitanos, víctimas del conflicto armado, entre otros, para esta población no es obligatorio contar con encuesta Sisben para mantenerse en el régimen subsidiado.



Pasos para tramitar su afiliación al régimen subsidiado

- El jefe del hogar o cabeza de familia debe acercarse a uno de los puntos de atención al usuario de la Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado (EPS) elegida que esté habilitada en Bogotá, o realizar la solicitud a través de los medios antes mencionados.
- Presentará su documento de identidad y copia de los documentos de identidad del grupo familiar, que sean legibles y estén actualizados.
- Diligencie el formulario único de afiliación y traslados; tome en cuenta que si tiene una dirección de vivienda diferente de la reportada en la encuesta es necesario actualizarla (dependiendo de ello, le asignan una IPS cercana a su lugar de residencia). Así mismo, se requiere actualización si algún miembro del grupo familiar cambia de tipo y número de documento de identidad.

Recuerde: *Si usted tiene facilidad para conectarse a internet, puede ingresar al portal web de la página "miseguridadsocial.gov.co" y tramitar su afiliación, teniendo a mano la información de los datos de identificación del núcleo familiar.*

¿No tiene encuesta Sisbén?

- Para el Distrito Capital, la encuesta Sisbén es administrada por la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) y, por tanto, es necesario solicitar su aplicación en uno de los puntos de atención que dispone dicha secretaria en los Centros de Atención Distritales Especializados (CADE) o los superCADE más cercanos a su lugar de residencia, o a través de la página web de la Secretaría Distrital de Planeación, para esta solicitud debe presentar documento de identidad y un recibo de servicio público (agua o luz) de su vivienda.



- Una vez aplicada la encuesta Sisbén, la SDP la procesa y la envía al Departamento Nacional de Planeación (DNP), instancia que la valida y la certifica. Posteriormente, el resultado quedará registrado en la base nacional del Sisbén y demás entidades del Distrito.

2.2.2 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen subsidiado?

La población beneficiaria del régimen subsidiado en salud está conformada por la población vulnerable o que no cuenta con capacidad de pago y que cumplan las siguientes condiciones:

- Personas focalizadas como pobres, vulnerables, clasificadas en el nivel 1 o grupos A y B, y nivel 2 o grupo C de la encuesta Sisbén.
- Personas focalizadas como no pobres o no vulnerables, clasificadas en el grupo D de la metodología IV de Sisbén, que contribuyan solidariamente al SGSSS.
- Población Especial, que corresponde a las personas focalizadas o identificadas en Listados Censales (ver tabla 9).

Recuerde: *La composición del núcleo familiar para afiliarse al régimen subsidiado, es la misma descrita en la composición familiar del régimen contributivo, como se indica en la tabla 3, teniendo en cuenta que quien ejerce como cabeza de familia se asimila al cotizante.*

2.2.3 Novedades que debe presentar como afiliado al régimen subsidiado

Para evitar que usted o su grupo familiar tengan inconvenientes en el acceso a los servicios de salud, es necesario que informe a la EPS donde estén afiliados, tan pronto como se presente los acontecimientos o novedades que se relacionan en la siguiente tabla.

Tabla 4. Novedades que el afiliado debe informar a la EPS

No.	Novedad	En qué situación	Soportes o documentos para presentar
1	Actualización del tipo de documento, el número de documento o la fecha de nacimiento.	Cuando al menor le expiden tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía.	Documento de identidad.
2	Actualización de nombres.	Cuando cambia de nombres o requiere corregirlos o ampliarlos.	Documento de identidad.
3	Actualización de apellidos.	Cuando cambia de apellidos o requiere corregirlos o ampliarlos.	Documento de identidad.
4.	Actualización de la dirección de residencia y del teléfono.	Cuando se cambia de sitio de vivienda.	Tener precisa la dirección de su residencia.
5	Fallecido.	Cuando fallece un miembro del grupo familiar.	En caso de muerte natural, certificado de defunción expedido por el médico tratante. En caso de muerte violenta, certificado de defunción expedido por la Fiscalía General de la Nación. En caso de muerte presunta, sentencia judicial.
6	Activación por inconsistencia de documento.	Inconsistencia en el documento de identidad.	Documento de Identidad.
7	Activación por supervivencia.	Cuando, por error, la persona fue registrada como fallecida.	Documento de Identidad.
8	Retiro del régimen subsidiado por traslado al régimen especial.	Cuando es incluido como cotizante o beneficiario del régimen especial o de excepción.	Solicitud de retiro del régimen subsidiado firmada por el usuario, o en caso de ser menor de edad, firmada por la madre o el padre; o bien, con carta expedida por la entidad del régimen especial, donde manifieste que para su afiliación debe estar retirado del régimen subsidiado.

2.2.4 Lo que debe saber del régimen subsidiado

- La población afiliada al régimen subsidiado que se encuentra en los grupos A, B y C de la encuesta Sisben IV no debe hacer aportes mensuales.
- La población clasificada en el del grupo D de la encuesta Sisben IV debe realizar una contribución solidaria mensual por cada miembro de la familia mayor de edad.
- Para el caso de los menores de 18 años que tengan a uno de los padres en el régimen subsidiado, y que por cualquier razón no hayan sido incluidos en el grupo familiar como afiliados, los padres deben afiliarlos a su EPS, aun cuando no se les haya aplicado la encuesta Sisben Metodología IV (decreto 780 de 2016)

2.3 Lo que aplica para los dos regímenes

- La afiliación de los recién nacidos se entenderá como efectiva a partir de la fecha de nacimiento, y, por tanto, la cobertura de servicios ampara al menor desde su nacimiento, sin que sea admisible la imposición de barreras de acceso a la afiliación del recién nacido, ni la exigencia o la verificación de ningún documento o requisito adicional.
- Todo recién nacido quedará inscrito en la EPS en la que este escrita la madre, incluso cuando el padre este 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 de la persona que lo tenga bajo custodia.
- La EPS debe garantizar desde el mismo día de la afiliación la prestación de todas las atenciones incluidas en el Plan de Beneficios (servicio de urgencias, atención integral a la materna, al recién nacido, actividades de promoción y prevención, entre otros).
- Como afiliado, usted puede verificar la calidad de los servicios de salud por medio de los diferentes mecanismos de participación del usuario. No olvide que la calidad de los servicios de salud que recibe también depende de usted.
- La atención es preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia, a través del Plan de Beneficios.

2.3.1 Plan de Beneficios en Salud

El Plan de Beneficios se fundamenta sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad lo que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud, para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social anualmente aprueba el Plan de Beneficios en Salud para todos los colombianos, el cual puede ser consultado en el siguiente enlace

<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>

2.3.2 Deberes de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

- Garantizar la prestación de servicios y tecnologías de manera integral, que incluya la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas para salvaguardar el derecho a la salud de sus afiliados.
- Entregar a los afiliados la carta de derechos de los Afiliados y de los Pacientes del SGSSS, que permita contar con información adecuada y suficiente para el ejercicio de los derechos.
- Entregar a los afiliados la carta de Desempeño que contenga información adecuada y suficiente para que los afiliados a los regímenes contributivo o subsidiado puedan ejercer su derecho de libre escogencia de su EPS y de su IPS dentro de la red de prestación definida por el asegurador y la cual, a su vez debe contener:
 - Información sobre indicadores de calidad de atención.
 - Posición en el ordenamiento (ranking).
 - Situación frente a la habilitación y acreditación de dichas entidades, dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

- Indicadores financieros de la EPS.
- Sanciones que le hayan sido aplicadas a la entidad a lo largo del último año.
- Informar de manera permanente al afiliado sobre: los copagos que debe hacer; la red de IPS; el trámite de autorizaciones de servicios, y, en general, sobre el acceso a los servicios a los que tiene derecho.
- La EPS debe realizar las afiliaciones pertinentes a aquellos usuarios que cumplan los requisitos para ello, en las disposiciones normativas vigentes. 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.

2.3.3 Derechos del afiliado en los regímenes contributivo y subsidiado

Todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen o condición social o económica, tiene derecho a:

- Recibir una atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz.
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la EPS.
- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud disponible dentro de la red prestadora, en caso de duda sobre su diagnóstico y/o manejo de su condición de salud.
- Acreditar su identidad mediante el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico. No deberá exigirse al afiliado, carné o, certificado de afiliación a la EPS para la prestación de los servicios, copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
- Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente al de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por doce (12) meses, haciendo la solicitud ante su EPS.

- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención.
- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible.
- Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.
- Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que éste siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- Estar informado sobre su condición, así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de éstos y el pronóstico de su diagnóstico.
- Solicitar copia de su historia clínica y que ésta le sea entregada en un término máximo de cinco (5) días calendario o remitida por medios electrónicos si así lo autoriza el usuario, caso en el cual, el envío será gratuito.
- A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.
- Formar parte de las asociaciones de usuarios, con el fin de velar por que los servicios de salud contenidos en el Plan de Beneficios en Salud se brinden con calidad.
- Cambiar de régimen, ya sea del subsidiado al contributivo o viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS y sin que exista interrupción en la afiliación, cuando pertenezca a los niveles 1 y 2 del Sisbén o las poblaciones especiales contempladas en el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

2.3.4 Deberes del afiliado en los regímenes contributivo y subsidiado

- Usar los servicios de salud cuando realmente sean necesarios.
- Aportar la información de identificación y residencia de manera oportuna y veraz.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre usted y su núcleo familiar respecto al estado de salud.
- Acudir y participar en las campañas orientadas a crear un medio saludable sin riesgos para la salud.
- Cuidar de su salud y la de su familia procurando que el hogar, el trabajo, la recreación y el medio ambiente sean saludables.
- Cumplir con las citas solicitadas, los controles que requiera y las indicaciones que le haga el personal de salud de la IPS donde recibe los servicios.
- Acudir oportunamente a una entidad de salud en caso de enfermedad, para recibir atención y evitar complicaciones o consecuencias graves.
- Afiliar a su familia en la misma EPS donde está afiliada la persona que se identifica como cabeza de familia.
- Registrar a sus hijos los primeros 30 días posteriores a su nacimiento, con el fin de actualizar el número de documento de registro civil de la EPS donde está afiliado.
- Informar y actualizar a la EPS donde está afiliado sobre las novedades relacionadas con nacimientos, fallecimientos, cambios de dirección, tipo de documento o número de documento de identidad de los integrantes del grupo familiar.
- Cumplir las normas y los procedimientos de las instituciones de salud donde reciba los servicios.
- Solicitar siempre los servicios de salud en la IPS que eligió como puerta de entrada, a excepción de urgencias, caso en el cual puede solicitarlos en la institución más cercana.
- Respetar al personal de salud que lo atiende.
- Notificar a su EPS si se traslada de manera temporal de municipio de residencia, para que se garantice su derecho a la portabilidad.
- Notificar a su EPS si fija su residencia en otro municipio de manera permanente o definitiva, y elegir una nueva EPS que opere en el municipio a donde se trasladó.
- Notificar a su EPS los cambios en su situación socioeconómica y laboral, para que se garantice su derecho a la movilidad.

2.4 Pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras

Los pagos compartidos, copagos y cuotas moderadoras se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante, reportado al momento de la prestación de los servicios de salud y conforme a la progresividad en el nivel socioeconómico, es decir que a mayor nivel de ingresos del afiliado será mayor el cobro de copago y cuota moderadora y viceversa.

Recuerde: *Cuando existe más de un cotizante por núcleo familiar se tomará el menor ingreso base de cotización, para el cobro de cuotas moderadoras y copagos.*

Principios para la aplicación de cuotas moderadoras y de copagos. En la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, deberán tenerse en cuenta los siguientes principios básicos:

1. Accesibilidad: Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población debido a su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

2. Información al usuario: Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto, los mecanismos de aplicación y cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras e incluir esta información en la Cada de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente. Igualmente, deberán publicarla, por lo menos una vez al año, en medios masivos de amplia circulación, de conformidad con las instrucciones que sobre el particular imparta la Superintendencia Nacional de Salud.

3. No simultaneidad: En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.

2.4.1 Pagos compartidos o copagos

Los pagos compartidos o copagos son un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado con la finalidad de contribuir a financiar el Sistema y están a cargo de los afiliados beneficiarios en el Régimen Contributivo y de los afiliados del Régimen Subsidiado.

Los copagos para los afiliados al régimen subsidiado deben efectuarse de acuerdo con el nivel de la encuesta Sisbén, y corresponden a un porcentaje del valor del servicio que vaya a utilizar, tal como se indica en la tabla 5.

Tabla 5. Copagos que debe hacer la población afiliada al régimen subsidiado.

RÉGIMEN SUBSIDIADO	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO
COMO MAXIMO EL:	10%

Fuente: Circular 023 del 31 de diciembre de 2024

Este copago tiene unos topes máximos que se establecen cada año por el Ministerio de Salud con base de la UVB (Unidad de Valor Básico). Como referencia, para el año 2025 estos topes eran de máximo \$621.164 por evento y de máximo \$1.242.329 por todos los eventos de un año.

Tabla 6. Servicios de salud sin copagos para la población afiliada al régimen subsidiado.

SERVICIOS	COPAGO
Control prenatal y atención del parto y de sus complicaciones.	0%
Servicios de promoción y prevención.	
Programas de control en atención materno-infantil.	
Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.	
La atención inicial de urgencias.	

SERVICIOS	COPAGO
Personas mayores de edad en la práctica de la vasectomía o de ligadura de trompas.	0%
Menores de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina tengan sospecha de cáncer o de aplasia medular y síndromes de falla medular, trastornos hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas, histiocitosis y trastornos histiocitarios.	
Atención de enfermedades de alto costo, trasplantes de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea, diagnóstico y manejo de pacientes con VIH/sida, reemplazos articulares, entre otros (Resolución 5857 de 2018).	
Servicios de rehabilitación física y mental de niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de maltrato físico, sexual u otras formas de maltrato certificadas por la autoridad competente.	
Servicios de salud física y mental a las mujeres víctimas de violencia física, sexual y otras formas de maltrato certificadas por la autoridad competente	
Las personas víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y algún tipo de deformidad o disfuncionalidad.	
Las personas con discapacidad mental que tienen derecho a los servicios de salud de manera gratuita, a menos que su patrimonio directo o derivado de la prestación alimentaria le permita asumir tales gastos (Ley 1306 de 2009, artículo 12)	

Fuente: Decreto 1652 de 2022.

Para los regímenes contributivo y subsidiado, se exceptúa:

- La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado el diagnóstico de cáncer.
- La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios.

- La población menor de 18 años con sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el literal anterior y se requieran exámenes y procedimientos especializados.
- Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas.
- Los niños, niñas y adolescentes del Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas.
- Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física y mental.
- Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificadas por la autoridad competente.
- Las víctimas del conflicto armado interno, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2.
- Las víctimas contempladas en la parte resolutive de las sentencias proferidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos – CIDH.
- Las personas en situación de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional.
- Las víctimas de lesiones personales, causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva.
- Las personas que hagan uso del derecho a morir con dignidad.
- Los veteranos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de los servicios de salud que se brinden para la recuperación integral de secuelas físicas y psicológicas.
- Las personas que padecen epilepsia a quienes se les garantiza el tratamiento integral de forma gratuita cuando no puedan asumirlo por su condición económica.

Copagos que debe hacer la población afiliada a régimen contributivo

Los copagos para los afiliados del régimen contributivo se realizan únicamente por los beneficiarios, según el ingreso de base de cotización del cotizante de acuerdo con los rangos establecidos por la ley, y corresponden a un porcentaje del servicio que vayan a utilizar, según lo descrito en la tabla 7.

Tabla 7. Copagos que debe hacer la población afiliada al régimen contributivo en 2025

Ingreso base de cotización del cotizante	Porcentaje del copago
Hasta dos salarios mínimos legales mensuales vigentes SMLMV	11,50%
De dos a cinco SMLMV	17,30%
Más de cinco SMLMV	23,00%

Fuente: Acuerdo 260 de 2004, Ley 1122 de 2007, Decreto 1652 de 2022 y Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección social

* Estos porcentajes se calculan sobre un salario mínimo legal mensual vigente.

Recuerde: *Estos copagos tienen unos topes máximos por evento y por año que se establecen cada año por el Ministerio de Salud con base de la UVB (Unidad de Valor Básico).*

2.4.2 La cuota moderadora

Se entiende dicha cuota como el aporte económico que debe pagar la población afiliada al régimen contributivo por la prestación de algunos servicios de salud, la cual tiene como fin regular su utilización y estimular su buen uso. Este aporte en dinero debe ser pagado por los afiliados cotizantes y los beneficiarios, en los siguientes servicios:

- Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
- Consulta externa por médico especialista.
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. Se cobra una por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta (el formulario contiene, mínimo, tres casillas).

- Se cobrará por la totalidad de una orden expedida en una misma consulta de exámenes de diagnóstico: por laboratorio clínico (como mínimo cuatro casillas) por imagenología (el formulario contiene como mínimo, 3 casillas); todos ellos, ordenados de forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.

Los programas de atención integral están exentos del cobro de cuotas moderadoras.

Recuerde: *El valor de la cuota moderadora se actualiza anualmente de acuerdo con la variación del Índice de Precios del consumidor certificado por el DANE, este valor debe ser informado de forma anual por la EPS que se encuentra afiliado.*





Portabilidad





Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al SGSSS que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud, según La Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016.





3.1 La emigración y tipos de emigración

La emigración consiste en dejar el lugar de origen para establecerse en otro municipio o región.

- **Emigración ocasional:** cuando la persona se va de manera transitoria (hasta por un mes) de su lugar de origen a otro municipio, y en ese municipio receptor tendrá derecho a la atención de urgencias.
- **Emigración temporal:** Consiste en que la persona se va de manera transitoria (desde un mes hasta un año) de su lugar de origen a otro municipio, y, por tanto, tendrá derecho de urgencias y a la adscripción a una IPS primaria autorizada por la EPS, así como acceso a los servicios de salud acordes con el nivel de complejidad que requiera.

Tenga en cuenta: Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, esta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS.

- **Emigración definitiva:** Consiste en que la persona fija de manera permanente su residencia en otro municipio, y, por tanto, si la EPS no tiene sede el municipio receptor debe solicitar el traslado de EPS.

3.2 Responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

- Garantizar el acceso a los servicios de salud en el municipio donde se traslada el usuario de manera temporal, por medio de sus redes de atención o mediante acuerdos de prestación de servicios de salud.
- Informar de manera clara y precisa al usuario sobre el derecho a la portabilidad.
- Garantizar la atención en una IPS primaria o de primer nivel de atención en el municipio receptor, cuando el usuario se traslada a otro municipio por un periodo superior a un mes e inferior a doce meses.
- Garantizar la continuidad del aseguramiento en los casos en los que el usuario se traslade de forma permanente a otro municipio de residencia tramitando la respectiva solicitud presentada por el usuario ante la EPS de origen.
- Disponer de un sitio en su página web y contar con un correo electrónico como canales de comunicación, para que el usuario pueda informar sobre su actual condición de migración, solicitar su derecho a la portabilidad e, incluso, recibir información de la EPS sobre la autorización de servicios. En todo caso, frente al derecho de la portabilidad es obligatorio que las EPS, contributivas o subsidiadas, procuren los mecanismos idóneos para que el afiliado pueda acceder a la información y al trámite de su requerimiento de portabilidad.
- Responder al usuario sobre la solicitud de portabilidad dentro de los diez días hábiles siguientes a su presentación e informarle en cual IPS del municipio receptor ha sido adscrito, y sobre las opciones que podría tener en caso de quererse cambiar.

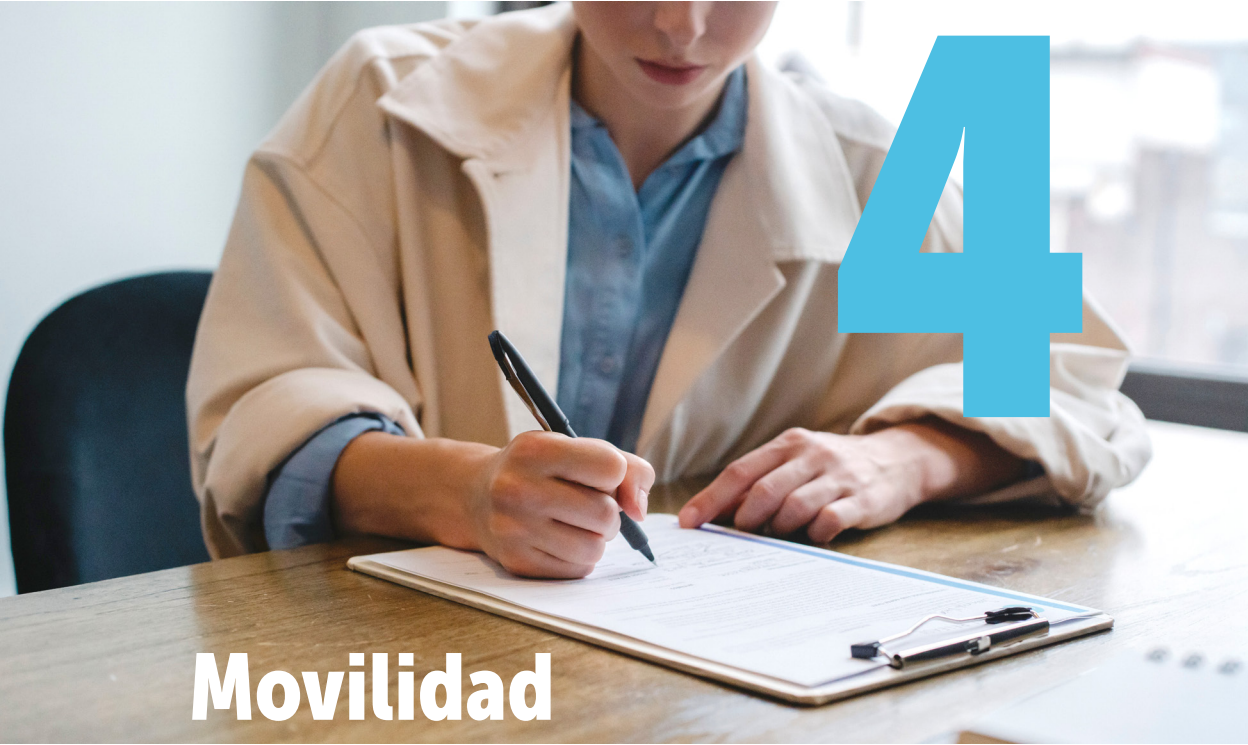
3.3 Requisitos del usuario para acogerse a la portabilidad

- Realizar la solicitud de portabilidad a través de los diferentes medios dispuestos para ello: telefónico, correo electrónico, comunicación escrita o presencial (esta última es opcional, y no es requisito ni una exigencia para acceder a su derecho de portabilidad).



- Informar en su solicitud a la EPS de origen la actual condición de emigración, y solicitar su derecho a la portabilidad con los siguientes datos mínimos:
 - Nombre completo del solicitante.
 - Tipo y número de documento de identidad.
 - Teléfono y correo electrónico.
 - Municipio al que se dirige (dirección, barrio y localidad).
 - Fecha de la solicitud del trámite.
 - En lo posible, el tiempo estimado de estadía (información básica pero no definitiva, para que la EPS efectúe el trámite).
 - La población víctima del conflicto armado pueda hacer uso de este derecho hasta por un año, en tanto define su lugar de residencia permanente.





Movilidad

Decreto 719 de 2024, Artículo 8: Modificar el artículo 2.1.7.7 de Decreto 780 de 2016, el cual quedará así: *“Artículo 2.1.7.7 Movilidad entre regímenes. Para todos los efectos de este decreto entiéndase la movilidad como el cambio de régimen dentro de la misma entidad promotora de salud que se encuentre autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en ambos regímenes, siempre y cuando los afiliados cumplan las condiciones para pertenecer a cada régimen, de conformidad con la normatividad vigente. En virtud de la movilidad, tales afiliados podrán cambiar de un régimen a otro con su núcleo familiar, sin solución de continuidad, manteniendo su inscripción en la misma entidad promotora de salud”.*

4.1 Aspectos a tener en cuenta para hacer Movilidad, dependiendo del régimen de afiliación

- Cuando el afiliado al régimen contributivo se acoja al derecho de movilidad para pasar al subsidiado, debe tramitar la voluntad de ejercer este derecho ante la EPS de manera individual y directa en el formulario físico que le suministre la EPS o de manera virtual en el SAT.
- La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado deberá ser registrada por el afiliado el día siguiente de terminar la vinculación laboral o de la pérdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.
- Cuando el afiliado al régimen subsidiado se acoja al derecho de movilidad para pasar al contributivo, debe tramitar este derecho de manera conjunta con su empleador.
- 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.
- Y en los dos casos, el afiliado deberá registrar en la solicitud de movilidad, a los integrantes de su núcleo familiar con derecho a ser inscritos en el formulario físico o en el SAT según el caso.
- Si tramita el derecho de movilidad y reside en un municipio diferente a aquel en que le fue aplicada la encuesta Sisbén, ésta se considerará válida hasta tanto, le sea aplicada una nueva encuesta Sisbén en el municipio receptor. El cambio de domicilio en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.
- De ser necesario, la EPS deberá reportar la novedad de movilidad en la Base de Datos única de Afiliados (BDUA) e informar al afiliado y a la respectiva entidad territorial, cuando el usuario no registre la solicitud de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado.

- Si tramita la movilidad al régimen subsidiado bajo el mecanismo de contribución solidaria, la EPS antes de registrar dicha novedad, deberá informar al afiliado la tarifa que le corresponde asumir por cada uno de los miembros del núcleo familiar y los canales dispuestos para el pago del monto total, y recibir la solicitud a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) o formulario físico.
- Para el régimen subsidiado, la población debe estar focalizada mediante la encuesta Sisbén, según los valores o categorías definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, o caracterizada como población especial, es el caso de las víctimas del conflicto armado o la población en proceso de reintegración, entre otras.

4.2 Limitaciones a la Movilidad

No habrá lugar a la movilidad y deberá realizarse el traslado de EPS entre regímenes diferentes cuando el afiliado no cumpla con los requisitos como son la encuesta Sisbén IV o pertenecer a un tipo de población especial.

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

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.

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.

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.

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.





Cualquier afiliado a una EPS puede solicitar el cambio de esta, teniendo en cuenta las siguientes observaciones.

5.1 Tipo de traslado

- **Por cambio de municipio de residencia:**

Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, trasladándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor.

- **Voluntario:**

Cuando este afiliado por 360 días o más, tendrá derecho a solicitar cambio de EPS.

5.2 Requisitos para tener en cuenta en el momento de solicitar el traslado:

1. La solicitud la debe realizar el cotizante o cabeza de hogar.
2. El tiempo mínimo de permanencia en la EPS es de un año.
3. Ningún miembro del grupo de la familiar puede estar hospitalizado.
4. El traslado se da a todo el núcleo familiar.
5. En el Contributivo el cotizante debe estar a paz y salvo en sus cotizaciones.



6

Poblaciones especiales

Son las personas que, por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad manifiesta y según lo dispuesto por la ley, deben pertenecer al régimen subsidiado (Decreto 780 de 2016).

Para ser beneficiarias de régimen subsidiado, las poblaciones especiales deben ser identificadas a través de los listados censales. Estos son diligenciados por la entidad responsable dentro de sus facultades legales y reglamentarias, sin que sea exigible para ello la aplicación de la encuesta Sisbén (Decreto 780 del 2016).

En la tabla 8 se relacionan los tipos de población y las entidades responsables de identificarlas.



TABLA 8. Tipo de población especial y Entidad responsable de generación del listado censal

POBLACIONES ESPECIALES	ENTIDAD RESPONSABLE DEL LISTADO CENSAL
1. Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en proceso administrativo para el restablecimiento de sus derechos.	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (ICBF)
2. Menores de edad desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF.	
3. Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes-SRPA.	
4. Personas que dejen de ser madres comunitarias o madres sustitutas y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de los artículos 164 de la Ley 1450 de 2011 111 de la Ley 1769 de 2015.	
5. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.	Alcaldía Municipal o Distrital y Departamentos con áreas no Municipalizadas
6. Adultos mayores de escasos recursos y en estado de abandono en centros de protección.	
7. Migrantes colombianos repatriados, que han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela y su núcleo familiar.	
8. Población habitante de calle	
9. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad	
10. Adultos con discapacidad entre 18 y 60 años, de escasos recursos y en estado de abandono, que se encuentren en centros de protección	Agencia Colombiana para la Reintegración, o la entidad que haga sus veces
11. Población desmovilizada y/o miembros que celebren acuerdos de paz con el gobierno nacional, su núcleo familiar cuando el cabeza de familia fallezca, se mantendrá la afiliación de su núcleo familiar.	
12. Comunidades indígenas, incluida la población recluida en centros de armonización.	Autoridad Indígena



POBLACIONES ESPECIALES	ENTIDAD RESPONSABLE DEL LISTADO CENSAL
13. Víctimas del conflicto armado incluidas en el registro único de víctimas, de conformidad con la Ley 1448 de 2011.	Alcaldías municipales o distritales y departamentos que tienen a cargo corregimientos.
14. Población Rom.	Autoridad legítimamente constituida (SheroRom o portavoz de cada Kumpania), reconocida por el Ministerio del Interior.
15. Personas incluidas en el programa de protección a testigos.	Fiscalía General de la Nación
16. Población Privada de la Libertad a cargo del INPEC en prisión domiciliaria, que no pertenecen al Régimen Contributivo o a un Régimen Especial o de Excepción.	INPEC
17. Voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil Colombiana, Cruz Roja Colombiana y cuerpo de bomberos, así como su núcleo familiar, salvo que sean cotizantes o beneficiarios del Régimen Contributivo.	Defensa Civil Colombiana, Cruz Roja Colombiana y cuerpo de bomberos, según pertenezca el voluntario.
18. Veteranos de la fuerza pública de que trata el párrafo 2 del artículo 2.3.1.8.3.4.1. del Decreto 1070 de 2015, siempre y cuando no se encuentren cubiertos por el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional u otro régimen Exceptuado o Especial y no reúnan las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo.	Ministerio de Defensa Nacional.

Una vez las poblaciones especiales se encuentren plenamente identificadas por la entidad responsable, y hagan parte del listado censal, se podrán afiliar al régimen subsidiado; siempre y cuando no tenga afiliación al régimen contributivo o régimen de excepción.

Existen dos tipos de afiliación para las poblaciones especiales:

- La afiliación individual, aplica cuando el cabeza de familia realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no por medio de otras personas, entidades o instituciones.
- La afiliación institucional, aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es la responsable de hacer el trámite.



Para las comunidades indígenas definidas como poblaciones especiales para Bogotá beneficiarias del régimen subsidiado, los procesos de identificación, afiliación y traslado de EPS se efectuarán de conformidad con lo establecido en la Ley 691 de 2001, los Acuerdos 326 de 2005 y 415 de 2009 del entonces Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Circular número 16 del 30 de diciembre de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, y las normas que los modifiquen o sustituyan.

Para el pueblo Rrom Gitano las afiliaciones se efectuarán de conformidad con lo previsto en el Decreto 2957 de 2010 y las normas que la modifiquen, adiciónen o sustituyan. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito donde se encuentren los kumpanias.

El acceso a los servicios de salud para las poblaciones especiales se garantiza a través de la Red de IPS de la EPS, con subsidio del 100%, siempre que no cuenten con los recursos económicos para cotizar al régimen contributivo.





Población víctima del conflicto armado interno

La atención integral en salud a las personas víctimas deberá observar los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud consagrados en el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 y los principios de atención a víctimas señalados en este Programa.

Se entiende por atención integral en salud “las actividades esenciales para satisfacer las necesidades de salud de la población beneficiaria, que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) e incluyen la totalidad de los servicios, intervenciones y procedimientos en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que permitirán a la población afectada recuperar su integridad física, emocional y psicológica”.

La Atención Integral en Salud como medida de asistencia en salud y rehabilitación, debe ser implementada por las EPS y su red de prestadores de servicios, en el marco del Plan de Beneficios en Salud.

7.1 ¿Quiénes son víctimas del conflicto armado interno?

Se consideran víctimas las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno (Ley 1448 de 2011 y Ley 2078 de 2021).

Dentro de los hechos *victimizantes* contemplados en la mencionada ley se encuentran:

- Desaparición forzada.
- Secuestro.
- Despojo de tierras.
- Delitos contra la integridad sexual.
- Desplazamientos.
- Minas antipersona.
- Actos terroristas.
- Reclutamiento ilícito.
- Homicidios, masacres.

También son víctimas el cónyuge, el compañero o compañera permanente, las parejas del mismo sexo y los familiares de primer grado de consanguinidad, o primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida.

A falta de los familiares anteriormente mencionados, serán víctimas quienes se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. Igualmente, son víctimas las personas que han sufrido un daño cuando intervinieron para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización (Ley 1448 de 2011).

El artículo 52 de la Ley 1448 de 2011 y Ley 2078 de 2021, indican que todas las personas que sean incluidas en el registro único de víctimas accederán por ese hecho a la afiliación y se considera elegible para el subsidio en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago.

Esta población es reportada por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas a través de la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

7.1.1 Pasos para ejercer el derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado interno

El interesado debe dirigirse a cualquiera de las siguientes entidades, para relatar los hechos victimizantes, para lo cual tienen un plazo de tres años a partir de la fecha en que ocurrieron (Ley 2343/2023)

- Centros de Encuentro (antes denominado Centro de Víctimas del Conflicto Armado (CLAV).
- Procuraduría General de la Nación.
- Personería.
- Defensoría del Pueblo.

En el momento en el que la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas- UARIV, haga la valoración correspondiente, y si cumple los requisitos, será incluido en el Registro Único de Víctimas (RUV) y en el comprobador de derechos del régimen subsidiado de la SDS de Bogotá, y, por consiguiente, podrá adelantar el proceso de afiliación ante la EPS.

Cabe aclarar que, si se encuentra afiliado al régimen contributivo o al subsidiado, el acceso a los servicios de salud se garantiza mediante la red de IPS contratada por la EPS donde se encuentre afiliado.

En caso de que usted establezca su lugar de residencia en Bogotá y no pueda seguir cotizando al régimen contributivo, a través de cualquier medio, debe informar a la EPS sobre su traslado de régimen, para permitir su vinculación

de manera oportuna al régimen subsidiado. Si usted estaba afiliado al régimen contributivo antes del desplazamiento, la EPS debe garantizar su atención en el municipio al que llegue.

Si está afiliado al régimen subsidiado y ha decidido fijar su residencia en Bogotá, usted debe informar por cualquier medio disponible (Carta, fax, teléfono, otros) a la EPS de origen de su cambio de lugar de residencia y tramitar de inmediato el traslado de EPS diligenciando el formulario único de afiliación y traslados en la EPS elegida en esta ciudad. Si se encuentra residiendo de manera transitoria, en tanto define su situación y hasta por un año, podrá hacer uso de su derecho de atención en salud a través del mecanismo de portabilidad.

Si requiere servicios de salud de urgencia, deberá dirigirse a la IPS más cercana. La atención de urgencias por parte de la IPS, sean públicas o privadas, debe ser obligatoria para todas las personas, independientemente de la capacidad de pago o del tipo de afiliación al sistema de salud, y no requiere autorización ni copagos.

El acceso a la prestación de los servicios en salud de consulta externa o ambulatoria debe solicitarse en cualquiera de las unidades prestadoras de servicios de salud de la red pública del Distrito. En caso de requerir una Unidad de Servicios de Salud de mayor complejidad, será remitido de acuerdo con el mecanismo de referencia y contrarreferencia de pacientes que se encuentre vigente.

Las medias de asistencia en salud, rehabilitación física, mental y psicosocial a la población víctima, se realizan a través del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

8

Mujer víctima de violencia

Según los principios contenidos en la Constitución Política y en los tratados o los convenios internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, los cuales expresan que las mujeres tienen derecho a una vida digna, a la integridad física, sexual y psicológica, a la intimidad, a no ser sometidas a torturas o a tratos crueles ni degradantes, a la igualdad real y efectiva, a no ser sometidas a forma alguna de discriminación, a la libertad y a la autonomía, al libre desarrollo de su personalidad, a la salud, a la salud sexual y reproductiva y a la seguridad personal, el Estado les garantiza a las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público-social como en el privado-familiar, y el acceso a los procesos administrativos y judiciales para su protección y su atención (Ley 1257 de 2008).

8.1 Derechos de las mujeres víctimas de violencia

La Ley 1257 de 2008 estipula que son derechos de las mujeres víctimas de violencia:

- Recibir atención integral (por parte de las diferentes instituciones) mediante servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad.
- Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal, de manera gratuita, inmediata y especializada, tan pronto como la situación de violencia sea puesta en conocimiento de la autoridad.
- Recibir información en relación con los derechos y con los mecanismos y los procedimientos contemplados en las normas que promulgan su protección.
- Dar el consentimiento a la realización de los exámenes médico-legales, en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del profesional de la salud para la práctica de dichos exámenes, dentro de las posibilidades ofrecidas por la IPS.
- Recibir información en relación con la salud sexual y reproductiva.
- Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal o bien la asistencia social respecto de los datos personales, los de sus descendientes o los de cualquier otra persona que este bajo su guarda o su custodia.
- Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral para ella y sus hijos.
- Acceder a los mecanismos de protección y atención para ella y sus hijos.
- La reparación y las garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia.

- La estabilización de la situación; es decir, recuperar, responder o restituir el proyecto de vida.
- Decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo que sean del caso.

Adicionalmente, ordena la misma ley que toda persona que en su contexto familiar sea víctima de daño físico, psíquico o en su integridad sexual, o víctima de amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, podrá pedir, sin perjuicio de las denuncias penales a que hubiere lugar, al comisario de familia del lugar donde ocurrieron los hechos (y a falta de este, al juez civil municipal o promiscuo municipal), una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, el maltrato o la agresión o evite que ello suceda cuando fuere inminente.

8.2 Medida de atención

Las medidas de atención son parte integral de la restitución de los derechos de las mujeres que han sido vulnerados como consecuencia de los hechos violentos vividos y de las diversas discriminaciones por motivos de género, pertenencia étnica, discapacidad, orientación sexual, situación de desplazamiento, entre otras. Por tanto, la definición, la implementación y el seguimiento de dichas medidas, en todos los casos, debe tener como propósito fundamental la búsqueda del bienestar de las mujeres y sus hijos, dentro del marco del respeto, la promoción y la garantía de sus derechos humanos (Min-salud, Resolución 1895 del 2013 num. 10).

La Resolución 1895 de 2013 establece que las medidas de atención se deben aplicar a:

- Las mujeres mayores de 18 años víctimas de cualquier tipo de violencia, según lo dispuesto en la Ley 1257 de 2008.
- Los hijos menores de 18 años y los mayores de 18 años con discapacidad dependientes de la mujer víctima de violencia.

- El cuidador de mujeres víctima de violencia que presentan alguna discapacidad.

Una vez sea ordenada por la autoridad competente la medida de protección a la EPS contributiva o subsidiada donde está afiliada la víctima, esta debe garantizarle la habitación, la alimentación y el servicio de transporte, tanto de las víctimas como de sus hijos, al igual que la prestación de servicios de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica.

El decreto 780 de 2016, establece que cuando la mujer víctima no esté afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser afiliada Régimen Subsidiado en los términos establece la Ley 1438 2011. Las instituciones que integran Sistema General de Seguridad Social en Salud informarán a las alcaldías distritales o municipales las mujeres víctimas no afiliadas al Sistema Seguridad Social en Salud para que se realice su afiliación inmediata al Sistema.

En caso de que hijos e hijas se encuentren afiliados a una EPS diferente a la madre víctima de violencia, o a un Régimen Especial o Excepción, le corresponderá a la EPS o al Régimen Especial o de Excepción al que se encuentra afiliada la mujer víctima, asumir la cobertura total del grupo familiar respecto de las medidas de atención.





Población Migrante

De acuerdo con información del Ministerio de Relaciones Exteriores, Colombia, ha presentado tres olas de movilidad de población hacia el exterior. En la década de los años sesenta del siglo XX se da la primera ola, mayoritariamente a Estados Unidos, posteriormente la segunda ola se da en la década de los ochenta hacia Venezuela, finalmente una tercera ola hacia España en los años noventa.

<https://www.cancilleria.gov.co/colombia/migracion/historia>

Por otra parte, se ha presentado un cambio en estos flujos migratorios, puesto que entre los años 2012 al 2015 Colombia empieza a ser también un lugar de tránsito y recepción de migrantes, mayoritariamente vene-

zolanos. De acuerdo al Observatorio de Venezuela de la Universidad del Rosario “Desde 2015 Colombia ha enfrentado la crisis migratoria causada por la llegada de colombianos retornados, migrantes venezolanos con vocación de permanencia y refugiados, así como el paso de personas en tránsito a terceros países y la entrada y salida permanente de población en condición de migración pendular que depende de Colombia para adquirir bienes y servicios de subsistencia en las zonas fronterizas” (<https://urosario.edu.co/sites/default/files/2024-02/la-migracion-venezolana-en-infografias.pdf>), por ello, el Estado colombiano ha enfrentado este fenómeno con diferentes medidas, incluida el acceso al sistema de salud.

Así, toda persona extranjera migrante, al momento de ingresar al país será informada de la importancia de contar con una póliza de salud que permita la cobertura ante cualquier contingencia de salud, según lo establecido por la Ley 1438 de 2011, en su parágrafo 1 del artículo 32.3: “A quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los incentivará a adquirir un seguro médico o Plan Voluntario de Salud para su atención en el país de ser necesario”.

En la eventualidad que no tenga capacidad de pago, existe la posibilidad, mediante el Decreto 2408 de 2018, que el migrante nacional de países fronterizos (Venezuela, Brasil, Ecuador, Panamá Nicaragua, Costa Rica, Haití, Honduras, Jamaica y República Dominicana), pueda acceder a la “atención inicial de urgencia”, la cual es obligatoria en cualquier IPS del país como una garantía fundamental de todas las personas. (Artículo 168 de la Ley 100 de 1993, artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015).

Lo anterior, siempre que concurren las siguientes condiciones:

- * Que corresponda a una atención inicial de urgencias.
- * Que la persona que recibe la atención no tenga subsidio en salud en los términos del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, ni cuente con un seguro que cubra el costo del servicio.
- * Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago.
- * Que la persona que recibe la atención sea nacional de un país fronterizo.
- * Que la atención haya sido brindada en la red pública hospitalaria del departamento o distrito.

9.1 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de migrantes extranjeros

Dentro de las normas generales en las cuales se sustenta el SGSSS, se indica que todos los ciudadanos independientemente de que sean nacionales colombianos o extranjeros, deben tener un documento de identidad expedido por Migración Colombia y que sea válido para poderse afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Es de aclarar que el documento de identidad del país de origen no es válido para la afiliación al SGSSS de Colombia.

Por lo tanto, si un extranjero se encuentra con permanencia irregular en el territorio colombiano, tiene la obligación de regularizar su situación migratoria para obtener un documento de identificación válido y así iniciar el proceso de afiliación.

Para realizar la afiliación debe inscribirse a una Entidad Promotora de Salud – EPS presentando los documentos válidos y vigentes según sea el caso:

- Cédula de extranjería.
- Carné diplomático.
- Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.
- Pasaporte para menores de siete (7) años con visa de residencia y expedido por Migración Colombia.
- Salvoconducto de permanencia (SC2*) del solicitante de reconocimiento de la condición de refugiado (válido por seis meses).
- Permiso por Protección Temporal - PPT expedido por Migración Colombia**

(*) Salvoconducto de permanencia (SC2): Extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Hasta tanto, el Estado legalice el Estatuto de Protección Temporal y Migración Colombia expida el Permiso por Protección Temporal a la población migrante venezolana, los documentos arriba mencionados, son los que, a la fecha, están vigentes como documentos válidos para la afiliación de un extranjero al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(**) PPT (solo población venezolana, Resolución 572 de 2022 incluye el PPT como documento válido en el SGSSS)

9.2 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de extranjeros residentes en el país

La persona extranjera en el momento de realizar la afiliación al SGSSS debe tener en cuenta lo siguiente:

Si es empleado, trabajador independiente o tiene capacidad de pago, deberá afiliarse y cotizar al régimen contributivo.

Para realizar la afiliación de su núcleo familiar, debe presentar los respectivos documentos válidos de identificación, así como aquellos que acrediten el parentesco con el cotizante o cabeza de familia.

Si no cuenta con recursos económicos para cotizar al sistema de salud, puede afiliarse al régimen subsidiado, siempre que le hayan aplicado la encuesta del Sisbén y estar dentro de los puntos de corte establecidos para beneficiarse usted y su núcleo familiar.

Los migrantes venezolanos sin capacidad de pago, pobres y vulnerables con documento de identidad válido y vigente, que permanezcan en el país, pueden afiliarse al régimen subsidiado y deben realizar la certificación de permanencia a través del portal de comprobador de derechos, cada 4 meses. De igual manera deben contar con la encuesta Sisbén para poder permanecer en el régimen subsidiado.

9.3 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de colombianos retornados de Venezuela

- Los colombianos retornados de Venezuela deben tener en cuenta que, al momento de ingresar al país, se le garantizará la atención inicial de urgencias, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015.
- En cumplimiento de lo establecido en el Decreto 616 de 2022, se garantiza la afiliación de oficio, pero debe lo antes posible solicitar a la

Secretaría de Salud su inclusión en el Listado Censal de colombianos retornados de Venezuela, si pasados 4 meses no ha definido su situación, la Entidad Territorial podrá retirarlo del régimen subsidiado.

- Para afiliarse al SGSSS, es necesario inscribirse a una Entidad Promotora de Salud -EPS y contar con el documento de identificación que aplique al caso:
 - Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
 - Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.
 - Registro Civil de Nacimiento para los mayores de 3 meses y menores de siete (7) años de edad.
 - Tarjeta de identidad para los mayores de siete (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.

9.4 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los hijos de padres venezolanos nacidos en Colombia

Todo recién nacido debe estar afiliado al SGSSS, para ello la Institución Prestadora de Servicios de Salud, tiene la obligación de gestionar la inscripción del menor en una EPS con los datos de la fecha de su nacimiento. Los padres no afiliados, podrán ser igualmente inscritos de oficio en la EPS siempre y cuando cuenten con un documento de identificación válido.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Para realizar la afiliación de su núcleo familiar, deberá presentar los respectivos documentos de identificación, así como aquellos que acrediten el parentesco con el cotizante o cabeza de familia.
- Si es empleado, trabajador independiente o tiene capacidad de pago, deberá afiliarse y cotizar al régimen contributivo.
- Si cuenta con PPT y no cumple los requisitos para afiliarse al régimen contributivo, deberá afiliarse al régimen subsidiado y no olvidar que debe

solicitar la aplicación de la encuesta Sisbén para mantener su afiliación activa al SGSSS y demostrar su permanencia en Bogotá cada 4 meses en la SDS (Decreto 616 de 2022).

El Ministerio de Salud y Protección Social ordena con la Circular 025 de 2017 a los gobernadores, alcaldes y secretarios de salud, adelantar entre otras, las siguientes acciones:

- Afiliar al sistema de salud a quienes cumplan los requisitos.
- Fortalecer, ampliar o ajustar de ser necesario las acciones del Plan de Intervenciones colectivas –PIC para la promoción de la salud y la gestión del riesgo, en el cual se incorpore territorios y entornos con población migrante, haciendo énfasis en: Infancia y adolescencia, fortalecimiento a derechos sexuales y reproductivos, fortalecimiento de espacios de convivencia, prevención de condiciones no transmisibles, en el cumplimiento del esquema de vacunación definido para Colombia de la población que demande el servicio.
- Denunciar la trata de personas a la Línea de la Fiscalía 122 y poner en conocimiento casos en la línea del Ministerio del Interior 018000522020 o en el número 3002505050 de la Secretaría Distrital de Gobierno.

El Decreto 216 de marzo de 2021 adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos en el Régimen de Protección Temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria. La Resolución 0971 de 2021, implementa el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos, estableciendo entre otros aspectos que *el Registro único de Migrantes Venezolanos- RUMV estará habilitado a partir del 5 de mayo de 2021 hasta el 28 de mayo de 2022, así mismo determina que la naturaleza jurídica de este es que se considera un documento de identificación, es válido para que sus titulares puedan acceder al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión, entre otros beneficios.*

Servicio a la Ciudadanía

10

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) cerca de usted

EL compromiso de la Secretaría Distrital de Salud es brindar un servicio a la ciudadanía con enfoque diferencial, más amable y efectivo a la ciudadanía racionalizando trámites y ofreciendo mejores condiciones para la prestación de los servicios en salud. Para ello se han habilitado diferentes mecanismos que facilitan la comunicación entre la ciudadanía y las diferentes instituciones de salud.

10.1 Dirección de Servicio a la Ciudadanía

La Dirección de Servicio a la Ciudadanía tiene como objetivo apoyar la orientación e información sobre los servicios del sistema distrital de seguridad social en salud; los trámites y servicios de la Secretaría de Salud; facilitar el ejercicio de los deberes y derechos; brindar información sobre procesos de aseguramiento y acceso a los servicios de salud. Se constituye en un componente para el ejercicio pleno de la ciudadanía al ser el canal de interacción y comunicación de la ciudadanía con la entidad.

Para ello cuenta con la estrategia Cuéntanos Bogotá que tiene como objetivo fortalecer la comunicación entre la ciudadanía y la administración distrital, para facilitar la orientación e información en trámites y servicios de salud. Con esta estrategia también se busca promover la confianza en el sistema de salud y por eso transforma la manera de comunicar e informar, implementando el enfoque diferencial, población y de género. Así mismo, fomenta que la ciudadanía pueda acceder de manera autónoma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconociendo y ejerciendo con pleno conocimiento los derechos y deberes en salud.

10.2 Líneas de trabajo de Cuéntanos Bogotá

10.2.1 Brindar orientación e información

Sobre los programas y servicios que garanticen el derecho a la salud. Para esto se han dispuesto canales de servicio a la ciudadanía a nivel presencial, virtual y telefónico.

- Página oficial SDS www.saludcapital.gov.co
- Email: contactenos@saludcapital.gov.co
- Ventanilla Única Digital de Trámites y Servicios AGILINEA
<https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Tramitesyservicios.aspx>
- Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas, Bogotá te Escucha
[https://sdqs.bogota.gov.co/Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Inicio](https://sdqs.bogota.gov.co/Secretaría%20Distrital%20de%20Salud%20de%20Bogotá%20Inicio)



LÍNEA DE SERVICIO A LA CIUDADANÍA

TABLA 9. Puntos presenciales de atención a la ciudadanía - 2025

Punto de Atención	Dirección	Horario de atención
Secretaría Distrital de Salud	Carrera 32 # 12 - 81	Lunes a Viernes 7:00 a.m a 4:00 p.m.
Súper Cade CAD	Carrera 30 # 25 - 90	Lunes a Viernes 7:00 a.m a 4:30 p.m.
Súper Cade Suba	Avenida Calle 145 # 103B - 90	
Súper Cade Américas	AC 86 # 43 - 55 Sur	
Súper Cade Bosa	AC 57R Sur # 72D - 12	
Súper Cade 20 de Julio	Carrera 5A # 30D - 20 Sur	
Súper Cade Manitas	Carrera 18L # 70B - 18 Sur	
Súper Cade Engativá	Transversal 113B # 66 - 54	
Cade Santa Helenita	Carrera 84 BIS # 71B - 53	
Cade Servitá	Calle 165 # 7 - 52	
Cade Fontibón	Diagonal 16 # 104 - 51	
Cade Santa Lucía	Avenida Caracas # 41B - 30 Sur	
Cade Candelaria	Calle 60A Sur # 28 - 80	
Cade Gaitana	Transversal 126 # 133 - 32	
Cade Yomasa	Calle 78 Sur No. 14 – 55	

TABLA 10. Directorio de oficinas de servicio a la ciudadanía de las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) de la red pública del Distrito

Subred	Unidad Servicio de Salud	Dirección	Teléfono
NORTE	USS Chapinero	Calle 76 # 20 C - 96	443 17 89 – 443 17 90 Ext 2097
	USS Suba	Avenida Carrera 104 # 152 C - 50	443 17 89 – 443 17 90 Ext 3093
	USS Usaquéen	Carrera 6ª # 119 B - 14	443 17 89 – 443 17 90 Ext 1054
	USS Engativá	Transversal 100ª # 80ª - 50	443 17 89 – 443 17 90 Ext 2097
	USS Simón Bolívar	Calle 165 # 7 - 06	443 17 89 – 443 17 90 Ext 1506
SUR OCCIDENTE	Del Sur	Carrera 78 # 35 - 71 Sur	452 15 35 – 756 05 05 Ext.1301
	USS Pablo VI Bosa	Carrera 77 I Bis # 69 B 97 Sur	439 90 90 Ext 5006
	USS Fontibón	Carrera 99 # 161 - 4	
	USS Bosa	Calle 65 D # 79 C - 90	555 24 44 Ext 1023
	Occidente de Kennedy	Avenida 1 de Mayo # 75ª - 19 Sur	448 07 00 – 448 00 30 Ext 163
CENTRO ORIENTE	Sede principal Diagonal 34	Diagonal 34 # 5 - 43	328 28 28 Ext 10131
	USS San José Obrero	Carrera 12 D # 26ª - 62 Sur	328 28 28 Ext 10131
	Centro de Salud Primera de Mayo	Calle 22 Sur # 8ª - 58	328 28 28 Ext 17551
	Hospital Santa Clara	Carrera 14 B # 1 - 45 Sur	328 28 28 Ext 18131 - 18571
	Hospital San Blas	Transversal 5 Este # 19 - 50 Sur	328 28 28 Ext 13131
	Hospital La Victoria	Diagonal 29 Sur # 3 – 20 Este	328 28 28 Ext 14132
SUR	USS Vista Hermosa	Calle 67ª Sur # 18 C - 12	730 00 00 Ext 72591 - 72592
	USS Nazaret	Calle 48 # 73 - 55	743 59 05 – 295 63 33 Ext 103
	USS Usme	Transversal 2ª # 135 -78 Sur	762 48 61 - 766 06 66 Ext 118
	USS Tunjuelito	Transversal 44 # 51 B -16 Sur	485 62 43 – 485 35 51- 485 25 40 Ext 109
	USS El Tunal	Carrera 20 # 47 B - 35 Sur	742 70 01 Ext 1515 - 742 85 85 Ext 1241
	USS Meissen	Calle 60 g Sur # 18 Bis - 09	790 29 06 – 769 31 31

Recuerde brindar de manera veraz, la información solicitada como nombre completo número de identificación y datos de contacto, esto nos permitirá mejorar nuestra atención.

10.2.2 Gestionar las peticiones que realiza la ciudadanía por medio del aplicativo “Bogotá te escucha” www.bogota.gov.co/sdq/ garantizando una respuesta oportuna y eficaz.

10.2.3 Fortalecer el servicio a la ciudadanía con enfoque diferencial que prestan las instituciones y entidades de salud públicas y privadas por medio del acompañamiento permanente por parte equipo de Asistencia Técnica para la implementación de la Política Pública Distrital de Servicio a la Ciudadanía.

10.2.4 Acompañar los trámites y servicios de manera transparente y eficiente por medio de la Ventanilla Única Digital de Trámites y Servicios

Paso 1: Ingresar a
www.saludcapital.gov.co

Paso 2: Encuentra Agilinea
debajo de la sección noticias

Paso 3: Realiza tus
trámites y servicios







Otros directorios de interés



TABLA 11. Centros de encuentro para la paz y la integración local de víctimas del conflicto armado interno

Nombre	Dirección	Horario de atención
Centro de encuentro Suba	Transversal 126 # 133 - 32	Lunes, Miércoles y Viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m
Centro de encuentro Chapinero	Calle 63 # 15 - 58	
Centro de encuentro Rafael Uribe Uribe	Calle 22 Sur # 14 A - 99	
Centro de encuentro Kennedy - Patio Bonito	Calle 87 # 5 B - 21	
Centro de encuentro Bosa	Calle 69 A Sur # 92 - 47	
Centro de encuentro Ciudad Bolívar	Carrera 17F # 69 A - 32 Sur	
Centro de encuentro Terminal Salitre	Diagonal 23 # 69A-55 Módulo 5, Local 124	
Centro de encuentro CADE Yomasa	Calle 78 Sur No. 14 - 55	

TABLA 12. Directorio de EPS del régimen subsidiado

EPS - S	Dirección	Telefono
Capital Salud	Carrera 16 # 40ª - 45	(601) 343 60 00
Coosalud	Carrera 7 # 48ª - 08 Local 01	18000 515611
Mallamas EPS (Indígena)	Carrera 75 # 23 B - 92	018000 913701

TABLA 13. Directorio de EPS del régimen contributivo

EPS-C	Dirección	Teléfono
Aliansalud	Carrera 65 # 11- 50 Piso 2 Locales 2 – 87 y 88 Centro Comercial Plaza Central	601756 80 00
Compensar	Avenida 68 # 49ª - 47	601428 06 66 Ext 14501
Famisanar	Carrera 13ª #77ª - 63	601307 80 69
Ferrocarriles N	Calle 73 No. 11 - 66, Torre 73	601 208 83 39
Mallamas	Cra. 69f #6a-11	315 2242383
Nueva EPS	Carrera 85k # 46ª - 66 Piso 2	601307 70 22
Sanitas	Calle 13 # 65 - 21 Local 100	601375 90 00
Salud Total	Carrera 67 # 4G - 31	601485 45 55
Salud Bolívar	AC 26 # 68 B - 31 Pl 4	601 344 4470 018000 121080
Sura	Calle 31 # 13ª - 51	601489 79 41 018000 519519 317 518 02 37
Coosalud	Carrera 7 # 48 A - 08	315 463 74 78
Capital Salud Contributivo	<ul style="list-style-type: none"> • Chapinero Calle 63 # 13 -12 • Ciudad Jardín Carrera 10 # 16 - 37 • Ciudad Jardín sur Calle 35 sur # 70 - 14 Barrio Carvajal 	Call center 333 033 36 30 Autogestión Whatsapp: 3205772092



Referencias

Congreso de Colombia (1993). Ley 100, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones.

Congreso de Colombia (1997). Ley 387, por el cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la Republica de Colombia.

Congreso de Colombia (2011). Ley 1438, por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Congreso de Colombia (2001). Ley 691, mediante el cual se reglamenta la participación de Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

Congreso de Colombia (2007). Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Congreso de Colombia (2008). Ley 1257, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

Congreso de Colombia (2011). Ley 1450, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.



Congreso de Colombia (2015). Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Concejo de Bogotá (2008). Acuerdo 308, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y Obras Públicas para Bogotá, D.C 2008-2012 “Bogotá positiva: para vivir mejor”.

Ministerio de la Protección Social (2011). Resolución 3778, por la cual se establecen los puntos de corte del Sisbén Metodología III y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Resolución 1895 del 2013, por la cual se asignan recursos para la financiación de las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia, de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la ley 1257 del 2008, para la vigencia fiscal 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Resolución 5857 del 2018, por la cual se actualiza integralmente el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capacitación -UPC.

Presidencia de la República de Colombia (2013). Decreto 1828, por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1607 del 2012.

Presidencia de la República de Colombia (2010). Decreto 2957, por el cual se expide un marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rom o Gitano.

Presidencia de la República de Colombia (2016). Decreto 780, por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Decreto 616, Por el cual se modifican los artículos 2.1.1.3, 2.1.3.11, 2.1.7.7, 2.1.7.8 Y se sustituye el Título 5 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en el sentido de incorporar la contribución solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Decreto 719, Por el cual se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.5, 2.1.11.6, 2.1.11.11, 2.1.11.12, 2.1.7.7 y 2.1.7.11 y se adicionan los artículos 2.1.7.18, 2.1.7.19, 2.1.7.20, 2.1.7.21 al Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para garantizar la continuidad de los afiliados como consecuencia del retiro o liquidación voluntaria, la revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación, de intervención forzosa administrativa para liquidar de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, la permanencia en el régimen subsidiado y el mecanismo de movilidad.

