

El derecho fundamental a la salud

Acceso universal y efectivo





Claudia Nayibe López Hernández
Alcaldesa Mayor de Bogotá, D.C.

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

Eliana Hurtado Sepulveda
Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento

Cris Reyes Gómez
Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Gloria Janett Quiñones Cárdenas
Subdirectora de Administración del Aseguramiento

EQUIPO TÉCNICO DE ASEGURAMIENTO

Miryam Rodríguez Yate
Juan Pablo Berdejo
Edizabeth Rodríguez Ramírez
Profesionales especializados

OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES

María Juliana Silva Amado
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

María del Pilar Moreno Cruz
Andrea del Pilar Corredor Avellaneda
Coordinación Editorial

Diseño y diagramación
Bryan Tavera Riveros
Oficina de Comunicaciones
Secretaría Distrital de Salud

octubre de 2022
Carrera 32 # 12 – 81
Bogotá, D.C., Colombia



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
1.2 Atención de urgencias.....	11
2. Nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	13
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	18
2.1.4 Responsabilidades sociales o deberes del empleador.....	19
2.2 Régimen Subsidiado.....	20
2.2.1 ¿Cómo afiliarse al régimen subsidiado?	20
2.2.2 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen subsidiado.....	22
2.2.3 Novedades que debe presentar como afiliado al régimen subsidiado.....	22
2.2.4 Lo que debe saber del régimen subsidiado.....	24
2.3 Lo que aplica para los dos regímenes.....	24
2.3.1 ¿Qué cubre el Plan de Beneficios en Salud?	25
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 Aportes que se deben hacer al SGSSS.....	30
2.4.1 El copago	30
2.4.2 La cuota de recuperación	35
2.4.3 La cuota moderadora	35
2.4.4 La cuota moderadora	37
3. Portabilidad	39
3.1 La emigración y tipos de emigración.....	40
3.2 Responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud – EPS	41
3.3 Requisitos del usuario para acogerse a la portabilidad.....	42
4. Movilidad.....	43
4.1 Aspectos a tener en cuenta para hacer Movilidad, dependiendo del régimen de afiliación.....	44
4.2 Limitaciones a la Movilidad	45
4.3 Prevalencia de la Movilidad sobre el traslado.....	46

5. Poblaciones especiales.....	47
6. Población víctima del conflicto armado interno.....	51
6.1 ¿Quiénes son víctimas del conflicto armado interno?.....	52
6.1.1 Pasos para ejercer el derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado interno.....	53
7. Mujer víctima de violencia.....	55
7.1 Derechos de las mujeres víctimas de violencia	56
7.2 Medida de atención	57
8. Población Migrante.....	59
8.1 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de migrantes extranjeros.....	60
8.2 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de extranjeros residentes en el país.....	61
8.3 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de colombianos retornados de Venezuela.....	62
8.4 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los hijos de padres venezolanos nacidos en Colombia.....	63
9. La Secretaría Distrital de Salud (SDS), cerca de usted.....	65
9.1 Dirección de Servicio a la Ciudadanía	66
9.2 Líneas de trabajo de 'Cuéntanos Bogotá'	66
9.3 Línea Salud para Todos - 601 3295090.....	71
Referencias.....	73

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., y las cifras con corte a 31 de diciembre de 2021 indican que se está cerca de lograr la cobertura universal del aseguramiento, con 7.970.526 personas afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado en Bogotá.

En coherencia, los datos estadísticos en el Distrito Capital, registran que hay 6.542.314 afiliados al régimen contributivo y 1.428.212 en el subsidiado (cruce Contributivo BDUA ADRES corte al 31 de diciembre de 2021), siendo la localidad de Suba la que mayor concentración de población tiene afiliada en el régimen contributivo y la localidad Ciudad Bolívar del 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.

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 aborda también 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 o 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 concordia con lo propuesto en la Ley 100 de 1993.

En la parte final se encuentran los puntos presenciales de atención de la SDS a la ciudadanía, otros canales telefónicos y virtuales de contacto como las líneas 'Salud para todos' y '106', y los trámites ofrecidos por la Entidad, entre otra información que puede ser de utilidad.

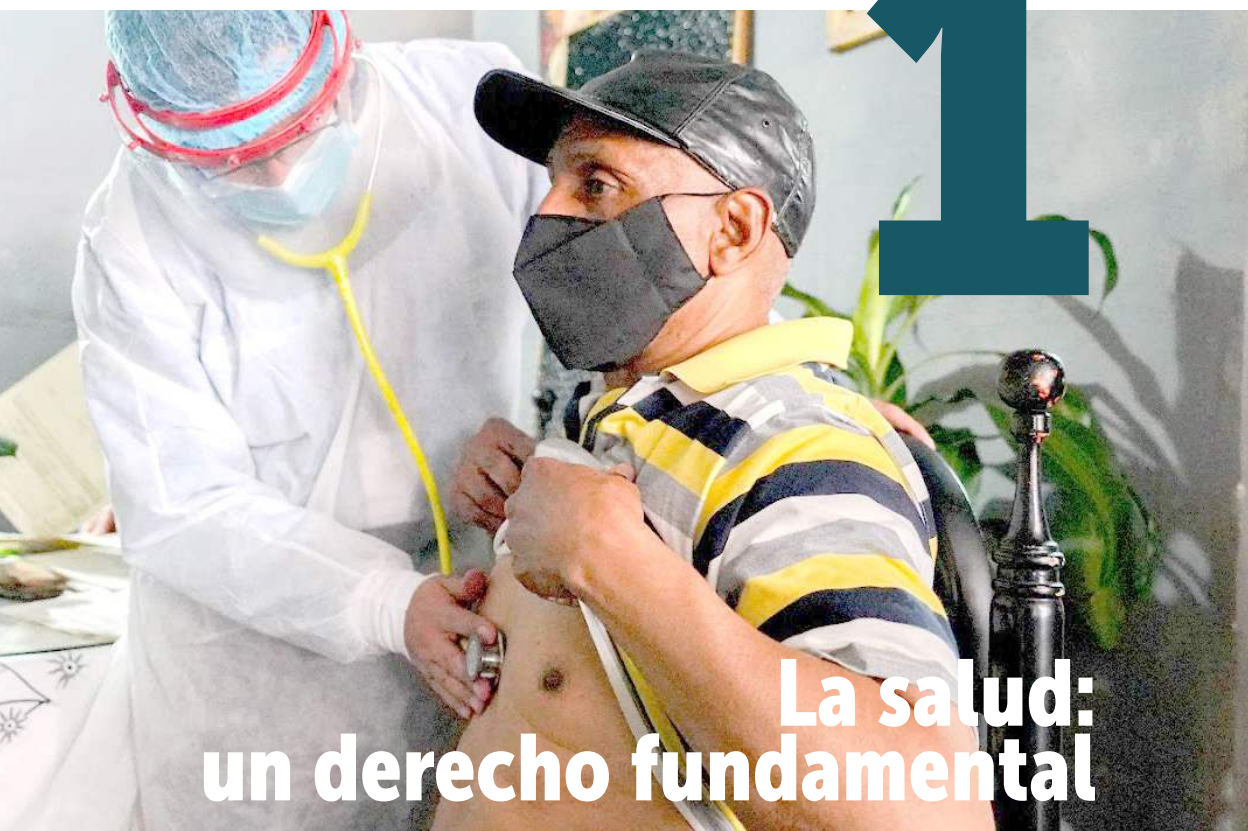
Por lo anterior, esta cartilla busca ser una herramienta de consulta que aporte información relevante y vigente del aseguramiento en salud, así como de orientación en la rutas de acceso a los servicios y la exigibilidad de sus derechos en salud.



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	Secretaría Distrital de Planeación
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SDIS	Secretaría 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



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, in-

sumos, 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 ni pagos compartidos (copago, cuota moderadora).

Cuando se le niega la prestación de los servicios de salud, como atención inicial de urgencias o entrega de medicamentos, el usuario debe solicitar el formato “negación de servicios” establecido por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS); este formato debe ser diligenciado y firmado por la institución que le negó la atención. Con el formato diligenciado informe del hecho mediante una de las siguientes opciones:

- Línea de Salud para Todos, teléfono 601 3295090
- Página web: www.saludcapital.gov.co, ícono “Contáctenos”
- Superintendencia Nacional de Salud: Línea 601 7442000 opción 2; Carrera 13 # 28 - 08 locales 21 y 22 Bogotá y/o página web www.supersalud.gov.co

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% \$125.000
Trabajador Independiente	12,5% \$125.000		12,5% \$125.000
Pensionado (Ley 2010 de 2019)	4%. = 1. SMLVA 10%. = Mayor de 1 SMLV y hasta 2 12 % = Mayor de 2 SMLVA y más		Aplica según salario

Los montos se calculan con base en el salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) para el año correspondiente 2022 (\$1.000.000, Decreto 1724 de 2021 del Ministerio del Trabajo)

- **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.

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 a la atención integral a la materna y al recién nacido.

- **Si usted es pensionado:**

La responsabilidad de su afiliación como pensionado es del fondo de pensiones donde esté inscrito y 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.

También debe 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.

Como trabajador independiente, una vez afiliado y ya habiendo pagado su primera cotización, 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 a la atención integral a la materna y al recién nacido.

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

Tipo de documento	Características de la población
Registro civil de nacimiento o certificado de nacido vivo	Hasta los 3 meses de edad
Registro civil	Entre los 3 meses y los 7 años de edad
Tarjeta de identidad	Mayores de 7 y menores de 18 años de edad
Cedula de ciudadanía	Mayores de edad
Cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático, salvo conducto de permanencia, permiso especial de permanencia (PEP) o permiso por protección temporal (PPT), según corresponda	Extranjeros
Pasaporte de la ONU	Refugiados o asilados
Pasaporte para menores de siete (7) años. Permiso Especial de Permanencia (PEP). Registro civil (válido para los menores)	Extranjeros – Venezolanos

- 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 mayor 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.
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 dependen económicamente de este.	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.
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.	La calidad de hijos o padres se acreditará con los registros civiles correspondientes.

Beneficiarios	Documento
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.	La calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, se acreditará con los registros civiles correspondientes
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.	La calidad de hijos o padres se acreditará con los registros civiles correspondientes.
Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente	Los menores en custodia legal con la orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente

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?

Para que usted pueda afiliarse al régimen subsidiado, le deben aplicar la encuesta del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales del Estado (Sisbén, actualmente metodología IV – Resolución 1870 del 2021). Esta encuesta es la herramienta mediante la cual se determina la vulnerabilidad de la población y, por consiguiente, establece si puede ser beneficiaria de los programas establecidos en los diferentes sectores para esta población. En el sector salud define el acceso al subsidio en salud.

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 y víctimas del conflicto armado, entre otros.

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.

- 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.
- Firme el listado de conocimiento de los procesos de atención en salud y el recibido de su carta de derechos del afiliado y del paciente. La EPS deberá entregar el carné de la persona y de cada uno de los miembros del núcleo familiar. No obstante lo anterior, desde el 1° de junio de 2013 el acceso a la atención de salud se obtiene con la cedula de ciudadanía o cualquier otro documento de identidad. No es necesario presentar el carné para que los servicios de salud sean prestados. 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 de que dispone dicha Secretaría en los Centros de Atención Distritales Especializados (CADE) o los superCADE más cercanos a su lugar de residencia.
- Existen cuatro versiones de la encuesta Sisbén; en la actualidad la que está en uso es la versión metodología IV. Por eso, si a usted y a su grupo familiar no les han aplicado la última versión de encuesta Sisbén es necesario que la soliciten lo más pronto posible.

- 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 esa información hará parte del listado de potenciales beneficiarios, para que usted pueda elegir la EPS de su preferencia, en caso de obtener el nivel requerido.

2.2.2 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen subsidiado?

La población beneficiaria del régimen subsidiado en salud está conformada por las personas que sin tener las calidades para ser afiliados del régimen contributivo o del régimen de excepción o especial, 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 no debe hacer aportes mensuales, excepto quienes ingresen por el mecanismo de la contribución solidaria.
- Todo recién nacido hijo de un afiliado al régimen subsidiado quedara afiliado automáticamente a la EPS a la que pertenezca la mamá, quien tiene el deber de informar la novedad en la EPS anexado el registro civil de nacimiento. La afiliación se hace efectiva a partir de la fecha de nacimiento, y, por tanto, la cobertura de servicios se entiende desde el nacimiento.
- 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 Sisbén 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.

¿Qué cubre el Plan de Beneficios en Salud?

Mediante la Resolución 2292 de 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobó el nuevo Plan de Beneficios en Salud para todos los colombianos, el cual es actualizado cada año y que contiene los servicios que se relacionan a continuación

- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Acciones de detección temprana y protección específica.
- Acciones para la recuperación de la salud, como el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de todas las enfermedades, las condiciones clínicas y los problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.
- Atención inicial de urgencias en cualquier parte del territorio nacional sin autorización previa de la EPS o remisión, y sin el pago de cuotas moderadoras.
- Atención de urgencias del paciente con trastorno o enfermedad mentales, incluyendo la observación en urgencias.
- Hospitalización en los casos en que el afiliado así lo requiera, en los servicios y las unidades habilitados según los indicadores del criterio profesional tratante.
- Hospitalización en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados, según el criterio del médico tratante.
- Atención domiciliaria como alternativa de la atención hospitalaria institucional, solo en casos en los que el médico tratante lo considere pertinente.

- Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio.
- Atención en salud oral.
- Prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante.
- Lentes correctores externos de vidrio o de plástico (incluye policarbonato) en las siguientes condiciones: 1) para los afiliados al régimen contributivo, una vez cada año en las personas de 12 años de edad o menos; y una vez cada 5 años, en mayores de 12 años. 2) para los afiliados del régimen subsidiado, a las personas menores de 21 años y mayores de 60 años, una vez al año, y para las personas mayores de 21 años y menores de 60 años, una vez cada 5 años.
- Se incluyeron un 73% de medicamentos con la UPC (en el pasado eran 61%). Los medicamentos incluidos están relacionados al tratamiento de patologías de salud mental, agentes antineoplásicos e inmunomoduladores, sistema nervioso, sistema cardiovascular, anti infecciosos de uso sistémico, tracto alimentario y metabolismo, órganos de los sentidos, sistema respiratorio, dermatológicos, tracto alimentario y metabolismo, sistema musculo esquelético, preparados hormonales sistémicos, hormonas sexuales, productos antiparasitarios, sangre y órganos formadores de sangre, sistema genitourinario y hormonas sexuales.
- Se incluyeron 23 procedimientos relacionados con tamizaje neonatal (Ley 1980 de 2019), diagnóstico de enfermedades neoplásicas, diagnóstico de enfermedades del esófago y reflujo gastroesofágico, diagnóstico de patologías infecciosas durante el embarazo, prevención de enfermedades alérgicas, como el asma y la rinitis y tratamiento de la insuficiencia cardíaca y arritmias.

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 al usuario 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 al usuario 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.
- 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.

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 Aportes que se deben hacer al SGSSS

2.4.1 Copago

Es el aporte en dinero de una parte del valor del servicio y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Para el régimen subsidiado se cobra copago por los servicios del Plan de Beneficios, y en este régimen lo pagan los afiliados; para el caso del régimen contributivo se cobra copago solo al beneficiario.

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 siguiente tabla:

Tabla 5. Copagos que debe hacer la población afiliada al régimen subsidiado en el año 2022.

SISBEN	Monto de pago	Monto máximo por año
Con nivel 1.	No tiene copago (Ley 1122 de 2007)	0%
Con Nivel 2.	El copago es del 10 % del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda la mitad de un SMLMV. (\$500.000)	El valor máximo por año calendario será de un SMLMV (\$1.000.000)

Fuente: Ley 1122 de 2007 y Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. Los montos se calculan con base en el salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) para el año correspondiente 2022

En el régimen contributivo, los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante, reportado al momento de la prestación de los servicios de salud.

Tabla 6. Copagos que debe realizar la población afiliada al régimen contributivo en el año 2022

SEGÚN EL INGRESO BASE DE COTIZACIÓN DEL COTIZANTE	PORCENTAJE DEL COPAGO	VALOR Y PORCENTAJE DE TOPE MÁXIMO POR UN MISMO EVENTO AL AÑO	VALOR Y PORCENTAJE DE TOPE MÁXIMO DE COPAGOS POR AÑO CALENDARIO
Hasta dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) (11,5 % de un SMLMV)	(11,5 % de un SMLMV)	\$ 272.924	\$ 546.799 (57,5 % de un SMLMV)
De dos a cinco SMLMV	(17,3 % de un SMLMV)	\$ 1.093.597	\$ 2.187.196 (230 % de un SMLMV)
Más de cinco SMLMV	(23,0 % de un SMLMV)	\$ 2.187.195	\$ 4.374.389 (460 % de un SMLMV)

Fuente: Tabla formulada con base en el SMLMV de 2022 (\$1.000.000.). Decreto 1724 de 2021 del Ministerio del Trabajo.

Excepciones del cobro de copagos

Los afiliados están exentos de copago por las atenciones en salud originadas en:

1. Eventos y servicios de alto costo en los regímenes contributivo y subsidiado:
 - Atención integral para el trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multi visceral y córnea.
 - Atención integral para la insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la

misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

- Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
- Atención integral para el manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación -que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
- Atención integral para la corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
- Atención integral para los reemplazos articulares.
- Atención integral del gran quemado
- Atención integral para el manejo del trauma mayor, entendido este, como el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.
- Atención integral para el diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA. Atención integral de pacientes con cáncer.
- Atención integral para el manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
- Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades congénitas
- Atención integral para el manejo de enfermedades huérfanas de pacientes inscritos en el registro nacional de enfermedades huérfanas.

2. Atención en el servicio de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de triage I, II, y III definidas en la Resolución 5596 de 2015 o las normas que regulen la materia.

3. Intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y

atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, que se especifican a continuación: Algunas intervenciones contenidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

- Algunas intervenciones que pertenecen a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal
- Algunas intervenciones que se relacionan con educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud
- Atenciones para las enfermedades transmisibles de interés en salud pública que tienen alta externalidad.

En el Régimen Subsidiado, se exceptúan del cobro de copago, los siguientes:

- Niños y niñas durante el primer año de vida.
- Complicaciones derivadas del parto.
- Población nivel 1 del SISBÉN.
- Las siguientes poblaciones especiales:
 - *Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en Proceso Administrativo para el restablecimiento de sus derechos, y población perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF.
 - *Menores de edad desvinculados del conflicto armado bajo /a protección del ICBF.
 - *Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. *Adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.
- Comunidades Indígenas.
- Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad.
- Población habitante de calle.
- Adultos entre 18 y 60 años, en condición de discapacidad, de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.

Excepción del cobro de copagos y cuotas moderadoras para grupos o poblaciones especiales.

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.

2.4.2 Cuota de recuperación

Es el dinero que debe pagar la población afiliada al régimen subsidiado por la prestación de los servicios de salud que no están cubiertos en el Plan de Beneficios, y la población pobre que aún no está asegurada. El valor de la cuota de recuperación depende del nivel obtenido en la encuesta Sisbén.

Los afiliados clasificados en el nivel 1 del Sisbén (Grupos A1 al B7) no pagan cuotas de recuperación.

La población afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 2 del Sisbén (Grupos C1 al C18) pagará un 10% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

2.4.3 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 especializada médica y odontológica.
- Consulta externa por nutricionista, optometría, foniatría y fonoaudiología, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional y psicología.
- Formula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. Se cobra una por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos.
- Se cobrará por la totalidad de una orden expedida en una misma consulta de exámenes de diagnóstico: por laboratorio clínico (independientemente del número de ítems incluidos), por imagenología ordenados en forma ambulatoria, excepto cuando hagan parte integral de un procedimiento quirúrgico ambulatorio sujeto al cobro de copago. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta,

- independientemente del número de ítems incluidos en ella.
- Atención en el servicio de urgencias, única y exclusivamente cuando se trate de pacientes clasificados en las categorías de triage IV y V.

Se cobrará a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 7. Cuota moderadora que debe pagar la población afiliada al régimen contributivo 2022

Según el ingreso base de cotización del cotizante	Valor y porcentaje de la cuota moderadora
Hasta dos SMLMV	\$3.700 (11,7 % de un SMLDV)
De dos a cinco SMLMV	\$14.700 (46,1 % de un SMLDV)
Más de cinco SMLMV	\$38.500 (121,5 % de un SMLDV)

Fuente: Tabla formulada con base en el SMLMV de 2022 . Decreto 1724 de 2021 del Ministerio del Trabajo

Están exceptuados del cobro de cuota moderadora:

- Atención de pacientes con diabetes mellitus tipo I y II.
- Atención de pacientes con hipertensión arterial.
- Atención del paciente trasplantado.
- Atención de pacientes con enfermedades huérfanas.
- Alteraciones nutricionales en menores de 5 años (anemia o desnutrición aguda).
- Problemas o trastornos mentales.
- Atención de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC.
- Las intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, que se especifican en el Anexo Técnico del Decreto 1652 de 2022.
- Atenciones a las poblaciones exceptuadas de copagos que se enunciaron anteriormente.

2.4.4 Contribución solidaria

Para las personas que no tienen ingresos mensuales que les permitan afiliarse al régimen contributivo y que el Sisbén no los clasifica como pobres o vulnerables, existe el mecanismo de la contribución solidaria al sistema para su afiliación al régimen subsidiado.

Los afiliados por contribución solidaria realizan un aporte mensual por cada adulto del núcleo familiar, teniendo en cuenta que los menores de edad no deben realizar dicho aporte. La siguiente tabla muestra las tarifas según la clasificación del Sisbén:

Tabla 8. Tarifas de contribución solidaria para el año 2022:

GRUPO SISBÉN	TARIFA MENSUAL
D1 al D3	\$ 24.200
D4 al D7	\$ 35.700
D8 al D14	\$ 53.100
D15 al D20	\$ 80.100
D21	\$ 106.200



Portabilidad



3



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.



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 o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.

- 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 la atención de los servicios de salud en el municipio a donde se traslada el usuario de manera temporal, por medio de sus redes de atención o mediante acuerdos con prestadores de servicios de salud o EPS, allí donde no operan como EPS y no cuenten con redes de prestación de servicios. La no existencia o vigencia de estos acuerdos de ninguna manera podrá ser obstáculo para el ejercicio del derecho a la portabilidad.
- Informar de manera clara y precisa al usuario sobre el derecho a la portabilidad.
- Facilitar la mayor información clínica posible al prestador en el municipio receptor (hasta tanto se cuente con la disponibilidad de historia clínica digital en la web), mediante trámites directos entre las dos entidades y la IPS primaria del domicilio de afiliación, que no deben transferirse como carga al usuario, ni su obstáculo para la atención.
- 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 migración, y solicitar su derecho a la portabilidad con los siguientes datos mínimos:
 - Nombre completo del solicitante.
 - Tipo y número de documento de identidad.
 - Municipio al que se dirige.
 - 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.



4

Movilidad

Es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS. Es decir, una persona afiliada al régimen contributivo puede continuar afiliada en la misma EPS, aun en el caso en el que requiera trasladarse al régimen subsidiado y viceversa.

Se hace efectiva la movilidad entre regímenes, siempre que se cumplan los requisitos para pertenecer a cada uno de ellos.

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 se presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio.
2. Cuando a la terminación del vínculo laboral o contractual del trabajador dependiente o independiente, agotados el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, si los hubiere, no reúne las condiciones para seguir como cotizante, afiliado adicional o como beneficiario, y no registra la novedad de movilidad.
3. Cuando no se registra la novedad de movilidad de los beneficiarios que pierden las condiciones establecidas para ostentar dicha calidad y no reúnen las condiciones para seguir inscritos en la misma EPS como cotizante dependiente, cotizante independiente o afiliado adicional.

En los eventos descritos en los numerales 2 y 3, el afiliado cotizante o los beneficiarios en el régimen contributivo deberán adelantar su inscripción en una EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de traslado.

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.

5

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 9 se relacionan los tipos de población y las entidades responsables de identificarlas.

TABLA 9. Tipo de población especial y Entidad responsable de generación del listado censal

POBLACIONES ESPECIALES	RESPONSABLE DE LA GENERACIÓN DEL LISTADO CENSAL
Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en proceso administrativo para el restablecimiento de sus derechos	El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Menores de edad desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF.	
Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes-SRPA.	
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.	
Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF	Alcaldía Municipal o Distrital y Departamentos con áreas no Municipalizadas
Adultos mayores de escasos recursos y en estado de abandono en centros de protección.	
Migrantes colombianos repatriados, que han retomado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela y su núcleo familiar	
Población habitante de calle	
Población privada de la libertad a cargo de las entidades de orden departamental, distrital o municipal e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de la medida de seguridad.	
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 y Normalización
Población desmovilizada y/o miembros que celebren acuerdos de paz con el gobierno nacional, su núcleo familiar, cuando el cabeza de familia fallezca, mantendrá la afiliación de su núcleo familiar.	
Comunidades indígenas incluida la población recluida en centros de armonización.	Autoridad Indígena
Víctimas del conflicto de armado interno, incluidas en el registro único de víctimas de conformidad con la Ley 1448 de 2011	Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas

Población Rom-Gitana.	Autoridad legítimamente constituida (SheroRom o portavoz de cada Kumpania), reconocida por el Ministerio del Interior
Personas incluidas al programa de protección a testigos	Fiscalía General de la Nación
Población Privada de la Libertad a cargo del INPEC, en prisión domiciliaria, que no pertenecen al Régimen Contributivo o algún Régimen Especial o de Excepción	INPEC
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.
Veteranos de la fuerza pública de que trata el parágrafo 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, harán parte del listado nacional de población elegible y se podrán afiliar al régimen subsidiado; siempre y cuando no tenga afiliación al régimen contributivo, de excepción o especial.

Existen dos tipos de afiliación para las poblaciones especiales:

*Afiliación individual, aplica cuando la cabeza de familia realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades.

*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 números 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 las comunidades gitanas Rom las afiliaciones se efectuarán de conformidad con lo previsto en el Decreto 2957 de 2010 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito donde se encuentren los kumpanias.

Los listados censales de comunidades indígenas y Rom.

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

Las autoridades tradicionales y legítimas indígenas y Rom podrán solicitar la aplicación de la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén, o el que haga sus veces, sin que ello limite su derecho al acceso a los servicios en salud.

Cuando la población beneficiaria identificada a través del listado censal no coincida con la población indígena certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la autoridad municipal competente lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de beneficiarios y afiliados del Régimen Subsidiado de Salud.

El listado censal de la población Rom deberá ser registrado y verificado por el municipio o distrito en donde se encuentre la respectiva Kumpania.

6

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 para esta población.

El Componente de Atención Integral en Salud como medida de asistencia en salud y rehabilitación, hace referencia a la totalidad de actividades y procedimientos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, tendientes a contribuir al mejoramiento de la salud física y mental de la población víctima. Este debe ser implementado por las EPS y su red de prestadores de servicios, en el marco del Plan de Beneficios en Salud.

6.1 ¿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 1º 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.

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.

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).

6.1.1 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:

- 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.

Si la persona víctima afiliada al SGSSS establece su lugar de residencia en Bogotá, debe realizar el trámite de traslado de EPS por cambio de municipio de residencia; pero si se queda 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 las IPS, sean públicas o privadas, debe ser obligatoria para todas las personas, independientemente de la ca-



pacidad 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 la IPS de la red de prestadores contratada por la EPS donde está afiliado.

El Ministerio de Salud y Protección Social lidera el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), el cual se constituye con enfoque diferencial y tiene como objeto brindar, en el marco del SGSSS, las medidas de asistencia en salud y de rehabilitación física, mental y psicosocial a la población víctima.



7

Mujer víctima de violencia

El Estado le 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).

Lo anterior conforme a los principios contenidos en la Constitución Política y en los tratados o 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.

7.1 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 relacionada 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.

7.2 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 25 años y los mayores de 25 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 atención 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.

Población Migrante



En los últimos años Colombia, ha pasado de ser un país emisor de migrantes, con cerca de cinco millones de colombianos en el exterior, a ser también un lugar de tránsito y recepción de migrantes y por ello, el Estado colombiano ha enfrentado este fenómeno con diferentes medidas, incluida el acceso al sistema de salud.

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, parágrafo 1 del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 que señala: "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.

8.1 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 extranjeros residentes en el país, 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).

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 que apliquen al caso, según el grupo poblacional a que pertenezca:

Migrantes venezolanos:

- * 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.
- * Permiso Especial de Permanencia (PEP), válido hasta febrero 28 de 2023 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 expedido por Migración Colombia.

Migrantes de otras nacionalidades:

- * 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.
- * Salvoconducto de permanencia (SC2) con motivo de expedición para resolver su situación de refugio.

8.2 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, y solicitar la aplicación de la encuesta metodología IV del Sisbén. Para mantener esta afiliación al régimen subsidiado, debe encontrarse clasificado según el resultado de esta encuesta en los grupos A,B,C y D. Este último grupo deberá realizar una contribución solidaria al Sistema de acuerdo con lo reglamentado en el Decreto 616 de 2022.

Corresponde a los afiliados migrantes acreditar su permanencia en el país actualizando la información de su domicilio cada cuatro (4) meses, contados a partir de la última actualización, ante el municipio o distrito en el que se encuentre domiciliado.

En caso de que no cuente con los documentos mencionados para realizar la inscripción a la Entidad Promotora de Salud – EPS, deberá acercarse a una oficina de Migración Colombia, para tramitar la expedición del documento que dé cuenta de su situación migratoria.

8.3 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 064 de 2020, 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,

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.

8.4 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 o con PEP 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 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 estuvo habilitado a partir del 5 de mayo de 2021 hasta el 28 de mayo de 2022, para que la población migrante irregular, accediera al mismo y regularizará su situación en el país hasta por 10 años, a través del Permiso por Protección Temporal (PPT) considerado el documento de identificación válido para que la población venezolana regularizada con este permiso acceda al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión, entre otros beneficios.

A partir del 29 de mayo de 2022 el registro virtual RUMV y la encuesta de caracterización socioeconómica que realiza Migración Colombia, estará disponible única y exclusivamente para la siguiente población:

*Migrantes venezolanos, que ingresaron a territorio colombiano de manera regular, a través del respectivo puesto de control migratorio legalmente habilitado desde el 29 de mayo de 2021 hasta el 24 de noviembre de 2023.

*Niños, niñas y adolescentes vinculados a un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) y adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), como también para aquellos que se encuentran matriculados en una Institución Educativa en los niveles de educación inicial, preescolar, básica y media.

9

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) cerca de usted

El compromiso de la Secretaría Distrital de Salud es brindar un servicio a la ciudadanía efectivo, amable y con enfoque diferencial, buscando la racionalización de trámites y el mejoramiento de las condiciones para la prestación de los servicios en salud. Para ello se han habilitado diferentes mecanismos que facilitan la comunicación entre la Entidad y la ciudadanía.

9.1 Dirección de Servicio a la Ciudadanía

La Dirección de Servicio a la Ciudadanía tiene como objetivo brindar orientación e información sobre el acceso al SGSSS, el portafolio de trámites y servicios de la Secretaría de Salud con el fin de facilitar el ejercicio de los deberes y derechos en salud y en consecuencia el ejercicio pleno de la ciudadanía.

De esta manera, se busca promover la confianza en el sistema de salud, implementando el enfoque diferencial, población y de género, conforme a la Política Distrital de Servicio a la Ciudadanía y sus líneas estratégicas y transversales.

9.2 Líneas de trabajo

- **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 como los siguientes:



Correo electrónico
contactenos@saludcapital.gov.co



Chat en línea
www.saludcapital.gov.co

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

Tabla 10. Puntos presenciales de atención a la ciudadanía

SEDE PRINCIPAL Nivel Central - Centro Distrital de Salud Dirección: Carrera 32 # 12 - 81 NIT: 899999061-9 Teléfono: Comnutador +(601) 364 90 90 , Línea de Atención a la Ciudadanía +(601) 3295090		 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD  BOGOTÁ	
PUNTOS DE ATENCIÓN RED CADE Y SUPER CADE			
Super CADE Américas Dirección: AV Carrera 86 # 43-55 Sur Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:30 p.m. y sábado: 8:00 a.m. a 12:00 a.m.		Super CADE Bosa Dirección: AV Calle 57 R Sur # 72D-12 Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:30 p.m. y sábado: 8:00 a.m. a 12:00 a.m.	
Super CADE 20 de Julio Dirección: Carrera 5 A # 30D-20 Sur Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:30 p.m. y sábado: 8:00 a.m. a 12:00 a.m.		Super CADE Suba Dirección: Avenida Calle 145 #103B-90 Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 4:30 p.m. jornada continua y sábado: 8:00 a.m. a 12:00 a.m.	
Super CADE CAD Dirección: Carrera 30 # 25-90 Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:30 p.m., sábado: 8:00 a.m. a 12:00 a.m.		Super CADE Manizás Dirección: Carrera 18L #70B-18 Sur Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:30 p.m., sábado: 8:00 a.m. a 12:00 a.m.	
Super CADE Engativá Dirección: Transversal 113B #66-54 Horario: Lunes a viernes: 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.		CADE Santa Lucía Dirección: Avenida Caracas #41B-30 Sur Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.	
CADE Servitá Dirección: Calle 165 #7-52 Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.		CADE Candelaria Dirección: Calle 60 A Sur # 20-80 Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.	
CADE Fontibón Dirección: Diagonal 16 #104-51 Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.		CADE Gaitana Dirección: Transversal 126 # 133-32 Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.	
CADE Santa Helenita Dirección: Carrera 84 Bis # 71B-53 Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.			
PUNTOS TERRITORIALES CUENTANOS BOGOTÁ			
Punto CUENTANOS BOGOTÁ Rafael Uribe Uribe Dirección: Calle 32 Sur # 23-62 Alcaldía Local Rafael Uribe Uribe Horario: Martes de 8:00 a.m. a 12:30 m.		Punto CUENTANOS BOGOTÁ Chapinero Dirección: Calle 13 No. 54 - 74 Alcaldía Local Chapinero Horario: Jueves de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.	
Punto CUENTANOS BOGOTÁ Puente Aranda Dirección: Calle 4 No. 31 D - 30 Alcaldía Local Puente Aranda Horario: Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.		Punto CUENTANOS BOGOTÁ Bosa Dirección: Calle 73 Sur No. 81 B - 10 Subdirección Local para la Integración Social Bosa Horario: Lunes y jueves de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.	
Punto CUENTANOS BOGOTÁ Candelaria Dirección: Carrera 2 Este No. 7 - 34 Casa Comunitaria Barrio Egipto Horario: Miércoles de 8:00 a.m. a 12:00 m.		Punto CUENTANOS BOGOTÁ Antonio Nariño Dirección: Carrera 20 No. 19 - 26 Sur Casa de la Juventud Antonio Nariño Horario: Martes de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.	

Punto CUENTANOS BOGOTÁ San Cristóbal
 Dirección: Carrera 3 Este No. 18 A Sur - 57
 CDC San Blas
Horario: Martes de 8:00 a.m. a 12:00 m.

Punto CUENTANOS BOGOTÁ Engativá
 Dirección: Calle 71 No. 73 A - 44
 Alcaldía Local Engativá
Horario: Lunes de 8:00 a.m. a 12:00 m.

Punto CUENTANOS BOGOTÁ Mártires
 Dirección: Calle 21 No. 14 - 16
 Centro de Atención a la Diversidad Sexual y de Género
Horario: Miércoles y jueves de 8:00 a.m. a 12:00 m.

CENTROS DE ENCUENTRO PARA LA PAZ Y LA INTEGRACIÓN LOCAL DE VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO

Centros de Encuentro para la Paz y la Integración Local de Víctimas del Conflicto Armado Interno Kennedy-Patio Bonito
 Dirección: Carrera 87 N° 5B - 21 (CADE)
 Barrio Patio Bonito
Horario: Martes y jueves de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Centros de Encuentro para la Paz y la Integración Local de Víctimas del Conflicto Armado Interno Rafael Uribe Uribe
 Dirección: Calle 22 Sur No. 14 A 99
 Barrio Gustavo Restrepo
Horario: Martes y jueves de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Centros de Encuentro para la Paz y la Integración Local de Víctimas del Conflicto Armado Interno Bosa
 Dirección: Calle 69 A sur No. 92-47
 Barrio Metro vivienda
Horario: Martes y jueves de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Centros de Encuentro para la Paz y la Integración Local de Víctimas del Conflicto Armado Interno Chapinero
 Dirección: Calle 63 No. 15 58
 Barrios Unidos
Horario: Martes y jueves de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Centros de Encuentro para la Paz y la Integración Local de Víctimas del Conflicto Armado Interno Suba
 Dirección: Transversal 126 No. 133 - 32
 Barrio La Gaitana
Horario: Martes y jueves de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Centros de Encuentro para la Paz y la Integración Local de Víctimas del Conflicto Armado Interno Ciudad Bolívar
 Dirección: Carrera 17F N° 69A - 32 Sur
 Barrio Lucero
Horario: Lunes y miércoles de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

OTROS PUNTOS DE ATENCIÓN

Línea Salud Para Todos
Teléfono: +(601) 3295090
Horario: Lunes a viernes: 7:00 a.m. a 4:30 p.m y
 Sábado de 7:00 a.m. a 12:00 m.

Línea 106
"El poder de ser escuchado"
Teléfono: 106
 Correo: linea106@saludcapital.gov.co
 Chat por WhatsApp: 300 7548933
 Fan Page Facebook/linea106
Horario: Todos los días 24 horas

Línea Psicoactiva
Teléfono: 018000 11 24 39
WhatsApp: 301 2761197
Horario: Lunes a Domingo, incluido festivos: 7:30 a.m. a 10:30 pm

Línea Única Distrital de Citas Médicas para la Red Pública
Teléfono: +(601) 3078181 - 01 800 118181
Horario: Lunes a viernes de 6:00 a.m. a 8:00 p.m
 Sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Línea de Urgencia y Emergencias	Canales Virtuales
Teléfono: 123 Horario: Todos los días, 24 horas	www.saludcapital.gov.co email: contactenos@saludcapital.gov.co Ventanilla Única Digital de Trámites y Servicios: AGILINEA Twitter: @sectorsalud Facebook: Secretaría Distrital de Salud Instagram: secretariasaludbogota You Tube: Secretaría Distrital de Salud <i>Actualizado 19/09/2022</i>

- **Gestionar las peticiones** que realiza la ciudadanía por medio del sistema distrital para la gestión de peticiones ciudadanas “Bogotá te escucha”, al cual puede acceder a través de la web de la Secretaría Distrital de Salud o de la Alcaldía Mayor (www.bogota.gov.co/sdqs/).

A través de este sistema usted puede consultar una petición ya registrada o radicarla, así como quejas, reclamos, sugerencias, denuncias, solicitudes y felicitaciones, con el fin de ser atendidos por la Administración Distrital, es particular por la entidad competente.

- **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.
- **Liderar los trámites y servicios** de manera transparente y eficiente por medio de la Ventanilla Única Digital de Trámites y Servicios ‘Agilínea’.

Se puede acceder al portafolio de Trámites y Servicios de la SDS a través de la página web institucional. Esta es la ruta:

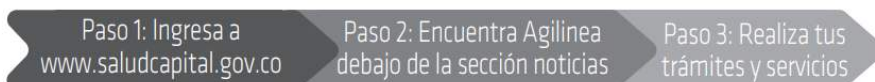


Tabla 11. Trámites ofrecidos por la Secretaría Distrital de Salud.

TRÁMITES SDS	MEDIO DE SOLICITUD
Aprobación y renovación de plazas para el servicio social obligatorio	Totalmente en línea
Apertura de Centros de Estética y Similares	Totalmente en línea
Autorización sanitaria favorable para la concesión de aguas para el consumo humano	Presencial. Próximamente en línea.
Credencial de expendedor de drogas	Totalmente en línea
Inscripción de dignatarios de las fundaciones, corporaciones y/o asociaciones de utilidad común y/o sin ánimo de lucro	Presencial. Próximamente en línea.
Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud	Parcialmente en línea
Inscripción de establecimientos de expendio y almacenamiento de carne y productos cárnicos comestibles	Totalmente en línea
Inscripción y autorización sanitaria para vehículos que transportan carne y producto cárnicos comestibles	Totalmente en línea
Licencia de exhumación de cadáveres	Totalmente en línea
Licencia de practica medica para equipos generadores de radiaciones ionizantes	Totalmente en línea
Licencia de inhumación de cadáveres	Presencial. Próximamente en línea.
Licencia para la cremación de cadáveres	Presencial. Próximamente en línea.
Licencia para prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo	Totalmente en línea
Reconocimiento de personería jurídica de fundaciones, corporaciones y/o asociaciones de utilidad común y/o sin ánimo de lucro	Presencial. Próximamente en línea.
Reforma de estatutos de fundaciones, corporaciones y/o asociaciones de utilidad común y/o sin ánimo de lucro	Presencial. Próximamente en línea.
Registro de libros de fundaciones, corporaciones y/o asociaciones de utilidad común y/o sin ánimo de lucro	Presencial
Registro y autorización de títulos en el área de la salud	Totalmente en línea
Renovación de la habilitación de prestadores de servicios de salud	Totalmente en línea
Reporte de novedades al registro especial de prestadores de servicios de salud	Parcialmente en línea
Licencia de prácticas industriales, veterinarias o de investigación para el uso de equipos generadores de radiación ionizante	Totalmente en línea
Certificado de Capacidad de Adecuación y de Dispensación de dispositivos médicos sobre medida, para la salud visual y ocular en el Distrito Capital	Totalmente en línea
Vacunación antirrábica para caninos y felinos	Presencial
Certificado de Discapacidad	Totalmente en línea

9.3 Línea Salud para Todos - 601 3295090

La línea 'Salud para Todos' es el canal telefónico dispuesto por la Secretaría Distrital de Salud que permite gestionar de forma oportuna las solicitudes ciudadanas de orientación e información sobre trámites, servicios y programas del sector salud. Sus acciones también se orientan a la articulación para la disminución de barreras de acceso al Sistema de Salud.

Horarios de atención:

Lunes a viernes: De 7:00 a.m. a 4:30 p.m.

Sábados: De 7:00 a.m. a 12:00 m.

Esta Línea cuenta con dos componentes:

1 - Tiene como objetivo brindar información a la ciudadanía frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluyendo el portafolio de los trámites, servicios, proyectos y programas de la Secretaría Distrital de Salud, así como de las entidades adscritas al sector salud. Es decir, a través de este canal la población puede interactuar con la Entidad para resolver sus necesidades de información y atención.

2 - Está orientado a la gestión de problemáticas relacionadas con el acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable, con el fin de contribuir a la eliminación de barreras de acceso. Opera conforme a la normatividad vigente como Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, el Decreto 4747/07 y la Resolución 3047/08.

Usted puede hacer uso de la Línea por ejemplo en los siguientes casos:

- Atención deshumanizada
- Dificultad en la accesibilidad administrativa
- Dificultad por atención de alto costo
- Dificultad por tutelas
- Inconsistencias en los sistemas de información-aseguramiento en salud
- Incumplimiento de portabilidad nacional
- Negación de servicios



- Falta de oportunidad en los servicios
- No suministro de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios y los autorizados de los no incluidos en el Plan de Beneficios
- Presuntos eventos adversos en el proceso de atención en salud

En consecuencia, la línea de atención 'Salud para Todos':

- Contribuye a reducir trámites y desplazamientos innecesarios
- Genera remisiones adecuadas a los usuarios
- Logra integralidad en la atención que requiere el ciudadano
- Opera de forma adecuada y articulada con las redes de servicios de salud
- Identifica y soluciona las dificultades de tipo administrativo con el fin de lograr mayor oportunidad en el acceso a los servicios de salud
- Contribuye a la disminución de barreras administrativas o asistenciales al servicio de salud y en consecuencia a garantizar el derecho a la salud.



Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2008). Decreto 345, por el cual se reglamenta el Proyecto Gratuidad en Salud del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental, de Obras Publicas del Distrito 2008-2012 “Bogotá positiva para vivir mejor”, adoptando mediante el Acuerdo Distrital 308 – 2008” del Distrito, Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=33164>

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

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma>

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. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=340>

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. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

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. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4454>

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. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

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. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054>

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

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43101>

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. Recuperado de

<http://www.minsalud.gov.co/normatividad>

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". Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30681>

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. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43928>

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. Recuperado de

http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsalu-dps_1895_2013.htm

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- Recuperado de

http://www.minsalud.gov.co/normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID-5450

Organización Mundial de la Salud (OMS). (22 de julio de 1946). Constitución. Recuperado de

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/cosntitucion-sp.pdf>

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

http://www.dian.gov.co/descargas/normatividad/2013/decretos/decretos_1828_27_agosto_2013.pdf

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. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i-40124>

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.