

ABECÉ DE LA AFILIACIÓN EN SALUD

Decreto 2353 de 2015



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Presentación

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

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

Abreviaturas

Abecé de la Afilación en Salud



SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SAT: Sistema de Afiliación Transaccional

EPS: Entidad Promotora de Salud

EOC: Entidad Obligada a Compensar

PILA: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes

UPC: Unidad de Pago por Captación

INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

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

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

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

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

Contenido:

Abecé de la Afilación en Salud



I. Aspectos generales

II. Afiliaciones

III. Traslado y movilidad

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

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

VI. Prestaciones económicas

VII. Deberes y prohibiciones

I. Aspectos generales:

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuál es el objeto del Decreto 2353 de 2015?

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

¿Cuándo entró en vigencia el Decreto 2353 de 2015?

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

¿Qué es el Sistema de Afiliación Transaccional –SAT?

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cómo se define la afiliación al SGSSS?

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

¿Cómo se efectúa la afiliación al SGSSS?

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

¿Cuándo se produce la desafiliación al SGSSS?

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

¿Quiénes están obligados afiliarse al SGSSS?

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿La afiliación tiene efecto retroactivo?

En el SGSSS no habrá afiliaciones retroactivas.

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

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

¿Cuándo inicia la cobertura en salud para los afiliados?

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Se amplió la composición del núcleo familiar del cotizante?

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

¿Cómo se realiza la inscripción de los beneficiarios?

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Qué documentos acreditan la condición de beneficiario?

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



- Si el afiliado ha cambiado de nombres, o de apellidos, o de sexo, debe reportar a la EPS la novedad de “Modificación de datos básicos de identificación” en el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y anexar la copia del documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas.
- Si el afiliado cumplió la edad que le obliga a cambiar de documento de identidad (Registro Civil de Nacimiento por Tarjeta de Identidad o Tarjeta de Identidad por Cédula de Ciudadanía) o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia del documento de identificación debe reportar a su EPS la novedad de “Actualización del documento de identidad” en el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y anexar la copia del documento actualizado.
- Recuerde: Mientras entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), el afiliado debe presentar a la EPS copia de los documentos de identidad, pues aún no está en línea la consulta sobre documentos, por parte de la EPS.

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

¿Cuándo se realiza la afiliación del recién nacido?

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

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

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

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

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

¿Qué se entiende por novedad en el SGSSS?

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

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

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

II. Afiliación y novedades

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afilación en Salud



¿Qué se entiende por traslado en el SGSSS?

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

Cuáles son las condiciones para el traslado?

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

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

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

¿Desde cuándo se cuenta el tiempo mínimo de permanencia?

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

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Cuándo no aplica la regla general de permanencia?

- Cuando la EPS deje de operar por disolución o liquidación, revocatoria de la autorización o retiro del municipio.
- Cuando se presenten deficiencias en la prestación o suspensión del servicio o haya menoscabo a la libre escogencia de IPS o cuando red de prestadores no corresponda a la prometida;
- Cuando se unifique el núcleo familiar de los cónyuges o compañero(a)s permanente(s) o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente o ingresa a otro núcleo familiar.
- Cuando el afiliado cambie la residencia y la EPS donde se encuentra inscrito no tiene cobertura en el respectivo municipio.
- Cuando la afiliación o inscripción haya sido efectuada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social –UGPP; el empleador o la administradora de pensiones o la entidad territorial.

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

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

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

¿Qué es la movilidad en el SGSSS?

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

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

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

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

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

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

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Qué se entiende por traslado en el SGSSS?

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

Cuáles son las condiciones para el traslado?

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

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

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

¿Desde cuándo se cuenta el tiempo mínimo de permanencia?

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

III. Traslado y Movilidad

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

- El cabeza de familia inscrito en una EPS del Régimen Subsidiado adquiere las condiciones para cotizar en el Régimen Contributivo y no ha cumplido el período de permanencia para el traslado.
- Un integrante del núcleo familiar en el Régimen Subsidiado adquiera las condiciones para cotizar en el Régimen Contributivo y no ha cumplido el período de permanencia para el traslado.
- El cotizante en el Régimen Contributivo no reúne las condiciones para seguir cotizando y no ha cumplido el período de permanencia para el traslado si cumple las condiciones para la movilidad.
- Un beneficiario en el Régimen Contributivo pierda tal calidad y no ha cumplido el término de permanencia para el traslado si cumple las condiciones para la movilidad.

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

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

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

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

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

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

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

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

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

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

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

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

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

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

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

VI. Prestaciones Económicas

Abecé de la Afiliación en Salud



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

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

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

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

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

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

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

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

VII.

Deberes y prohibiciones

Abecé de la Afiliación en Salud



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

Las personas frente al SGSSS deben:

- Suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, estado de salud e ingresos; efectuar el pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; el ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema.
- Actualizar el documento de identificación cuando se expida un nuevo tipo de documento y reportar las novedades de su estado de afiliación y de los cambios de su núcleo familiar.

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

- Exigir para la afiliación y/o el reporte de novedades documentos o trámites adicionales a los establecidos en las normas vigentes.
- Negar la inscripción por razones de edad, estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios.
- Negar la inscripción argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación.
- Exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o el traslado de EPS.
- Registrar la novedad de movilidad sin que haya mediado la solicitud suscrita por el afiliado.

VII.

Deberes y prohibiciones

Abecé de la Afiliación en Salud



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

Las personas frente al SGSSS deben:

- Suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, estado de salud e ingresos; efectuar el pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; el ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema.
- Actualizar el documento de identificación cuando se expida un nuevo tipo de documento y reportar las novedades de su estado de afiliación y de los cambios de su núcleo familiar.

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

- Exigir para la afiliación y/o el reporte de novedades documentos o trámites adicionales a los establecidos en las normas vigentes.
- Negar la inscripción por razones de edad, estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios.
- Negar la inscripción argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación.
- Exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o el traslado de EPS.
- Registrar la novedad de movilidad sin que haya mediado la solicitud suscrita por el afiliado.

VII.

Deberes y prohibiciones

Abecé de la Afiliación en Salud



¿Qué prohibiciones se establecen para las entidades territoriales?

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

¿Qué otras prohibiciones contempla el decreto de afiliación?

En el proceso de afiliación también está prohibido:

- Realizar la afiliación individual o colectiva a través de relaciones laborales inexistentes o por entidades que no estén debidamente autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta conducta se tendrá como práctica no autorizada y será investigada y sancionada por las autoridades competentes.
- La adulteración o el uso indebido de las bases de datos de los afiliados con fines diferentes al registro, reporte y consulta de las afiliaciones y de las novedades que no refleje la voluntad de los afiliados o afecte los derechos de las personas a la afiliación, traslado y movilidad, o el acceso a los servicios de salud y a las prestaciones económicas constituye una práctica no autorizada y su ocurrencia dará lugar a las sanciones administrativas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y a las acciones penales, según el caso.
- Registrar o suministrar por parte del empleador o el afiliado cotizante, información falsa o engañosa de la pérdida de la relación laboral o de las condiciones para seguir cotizando como independiente para acceder a la movilidad. Cuando el empleador o el afiliado cotizante incurran en esta conducta y haya tenido lugar la movilidad deberá pagar las cotizaciones e intereses de mora que se hubieren causado, sin perjuicio de las sanciones correspondientes a cargo de las autoridades competentes.