

# Decreto 64 de enero 20 de 2020 del Ministerio de salud y protección social

- Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones.



inscripción en el portal [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co)

IPS - Municipios



Afiliaciones en línea de la SSSA

A scanned document titled "Anexo 1 Formato de notificación de afiliación al régimen subsidiado". It contains fields for "Ciudad", "Fecha", "Lugar de atención", and "Señor". Below these fields is a section for "Formulario de constancia de no afiliación" with a detailed text block. At the bottom, there is a section for "En constancia firmada" with fields for "Nombre", "Domicilio", "Dirección de contacto", "Teléfono", and "Correo electrónico".

Formulario Manual

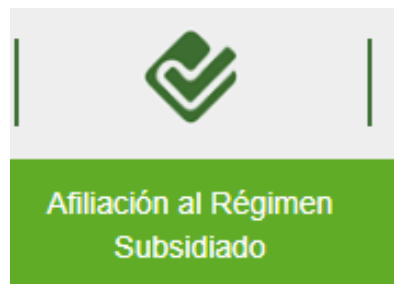


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



## Artículo 2.1.3.11. Afiliación de recién nacido y de sus padres no afiliados

La afiliación es obligatoria para el recién nacido o menores de 18 años que demanden servicios de salud, la cual se realizará **con sus padres si no se encuentran afiliados** desde el momento del nacimiento o ingreso del menor a la IPS, el proceso se debe realizar al régimen y EPS que corresponda.



Anexo 1  
Formato de notificación de afiliación al régimen subsidiado

Ciudad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Lugar de atención: \_\_\_\_\_  
Señor: \_\_\_\_\_

Según lo establecido en el Artículo 32 de la Ley 1430 de 2011 y en el Artículo 2.1.3.11 del Decreto 700 del 2010, usted y su hijo/a, familiar, conformado por \_\_\_\_\_

tiene los requisitos para la afiliación al Régimen Subsidiado en la (S) EPS Subsidiado. Favor presentarse a la afiliación en las oficinas de la EPS de su municipio.

Firma del usuario: \_\_\_\_\_

Formato de constancia de no afiliación

Yo, identificado como \_\_\_\_\_ al que se me tiene integrado del régimen Auxiliar antes descrito, según lo establecido en el artículo 2.1.3.11 del Decreto 700 de 2010 modificado por el Decreto 2020 del 2010, para el mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, he verificado que no se encuentra afiliado al régimen subsidiado, manifestando solemnemente que rechazo la afiliación a alguno de las EPS del régimen subsidiado.

En constancia firmo\*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de identidad: \_\_\_\_\_  
Dirección de contacto: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* En caso de menor de edad, firma del adulto responsable

Nota: De su inscripción en un sistema de salud EPS o en un sistema de salud subsidiado, según lo establecido en el artículo 2.1.3.11 del Decreto 700 del 2010 modificado por el Decreto 2020 del 2010, usted y su hijo/a, familiar, conformado por \_\_\_\_\_, se le debe realizar la afiliación al régimen subsidiado en la (S) EPS Subsidiado, según lo establecido en el artículo 32 de la Ley 1430 de 2011 y en el artículo 2.1.3.11 del Decreto 700 del 2010 modificado por el Decreto 2020 del 2010.

La Afiliación es inmediata.  
al día siguiente se ve reflejada en  
ADRES

	<b>Afiliación del recién nacido, menor de edad que demanda servicios de salud y se afilia con sus padres</b>
	<b>Notificar directamente a la EPS</b>
Savia Salud	<a href="mailto:afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com">afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com</a>
Ecoopsos	<a href="mailto:eospina@ecoopsos.com.co">eospina@ecoopsos.com.co</a>
Coosalud	<a href="mailto:scarvajal@coosalud.com">scarvajal@coosalud.com</a>
AIC	<a href="mailto:asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co">asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co</a>

La Afiliación es inmediata desde la fecha de retiro. Aunque la afiliación se ve reflejada en ADRES en las semanas de procesos

(sí los padres tienen puntaje mayor al definido en la Resolución 3778 del 2011, sólo procede la afiliación del recién nacido)



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



# Afiliación de oficio IPS: Se crea la afiliación de oficio en las IPS para los usuarios que demanden servicios de salud:

➤ que tengan encuesta de SISBEN con puntaje para nivel 1,2 del régimen subsidiado

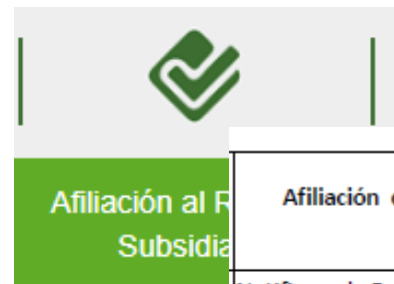
## POBLACION ESPECIAL

- Personas que dejen de ser madres comunitarias
- Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes a cargo del ICBF
- Menores desvinculados del conflicto armado.
- Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF;
- Comunidades Indígenas.
- Población desmovilizada.
- Adultos mayores en centros de protección;
- Población Rom
- Personas incluidas en el Programa de Protección a Testigos;
- Víctimas del conflicto armado;
- Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales e inimputables trastorno en cumplimiento de medida de seguridad.
- Población migrante colombiana retornada**
- Población habitante de calle;
- Los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil Colombiana, Cruz Roja Colombiana y cuerpos de bomberos.
- Personas con discapacidad en centros de protección;
- Migrantes Venezolanos con permiso especial de permanencia sin capacidad de pago**

➤ Usuarios que no tengan aplicada la encuesta del SISBEN.



La Afiliación es inmediata. al día siguiente se ve reflejada en ADRES



Formulario de notificación de afiliación al régimen subsidiado. Incluye campos para Ciudad, Fecha, Lugar de atención, and Señor. Incluye referencias legales como el Artículo 32 de la Ley 1430 de 2011.

**Afiliación de mayores de edad que demanden servicios de salud**

Notificar a la Entidad Territorial y EPS  
Ver directorio adjunto correos electrónico Municipios  
[afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com](mailto:afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com)  
[eospina@ecoopsos.com.co](mailto:eospina@ecoopsos.com.co)  
[scarvajal@coosalud.com](mailto:scarvajal@coosalud.com)  
[asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co](mailto:asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co)



GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



UNIDOS



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



UNIDOS



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



UNIDOS



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



UNIDOS





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



UNIDOS



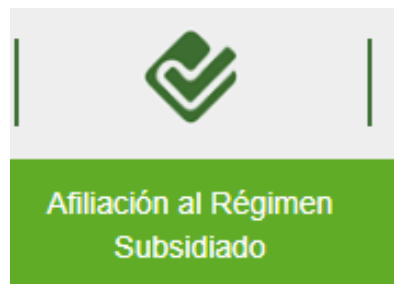
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



UNIDOS

## Artículo 2.1.3.11. Afiliación de recién nacido y de sus padres no afiliados

La afiliación es obligatoria para el recién nacido o menores de 18 años que demanden servicios de salud, la cual se realizará **con sus padres si no se encuentran afiliados** desde el momento del nacimiento o ingreso del menor a la IPS, el proceso se debe realizar al régimen y EPS que corresponda.



Anexo 1  
Formato de notificación de afiliación al régimen subsidiado

Ciudad \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Lugar de atención: \_\_\_\_\_  
Señor \_\_\_\_\_

Según lo establecido en el Artículo 32 de la Ley 1430 de 2011 y en el Artículo 2.1.3.11 del Decreto 1902 del 2010, usted y su hijo/a, familiar, conformado por \_\_\_\_\_

tiene los requisitos para la afiliación al Régimen Subsidiado en la (S) EPS Subsidiado. Favor presentarse a la afiliación en las oficinas de la EPS de su municipio.

Firma del usuario: \_\_\_\_\_

Formato de constancia de no afiliación

Yo, identificado como \_\_\_\_\_ al que se me tiene integrado del régimen Auxiliar antes descrito, según lo establecido en el artículo 2.1.3.11 del Decreto 1902 de 2010 modificado por el Decreto 2020 de 2010, para el mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, he verificado que no se encuentra afiliado al régimen subsidiado, manifestando solemnemente que rechazo la afiliación a alguno de las EPS del régimen subsidiado.

En constancia firmo\*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de identidad: \_\_\_\_\_  
Dirección de contacto: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* En caso de menor de edad, firma del adulto responsable

Nota: De su inscripción en un sistema de salud en EPS o en régimen subsidiado, según lo establecido por la Ley 1430 de 2011 y el Decreto 1902 de 2010, usted y su familia se encuentran afiliados al régimen subsidiado. Para tener el acceso a los servicios de salud, usted debe afiliarse al régimen subsidiado en la EPS que corresponda. La afiliación se realiza en las oficinas de la EPS de su municipio. El acceso a los servicios de salud se realiza en la EPS de su municipio de residencia.

La Afiliación es inmediata.  
al día siguiente se ve reflejada en  
ADRES

	<b>Afiliación del recién nacido, menor de edad que demanda servicios de salud y se afilia con sus padres</b>
	<b>Notificar directamente a la EPS</b>
Savia Salud	<a href="mailto:afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com">afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com</a>
Ecoopsos	<a href="mailto:eospina@ecoopsos.com.co">eospina@ecoopsos.com.co</a>
Coosalud	<a href="mailto:scarvajal@coosalud.com">scarvajal@coosalud.com</a>
AIC	<a href="mailto:asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co">asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co</a>

La Afiliación es inmediata desde la fecha de retiro. Aunque la afiliación se ve reflejada en ADRES en las semanas de procesos

(sí los padres tienen puntaje mayor al definido en la Resolución 3778 del 2011, sólo procede la afiliación del recién nacido)



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



## Artículo 2.1.3.11. Afiliación de recién nacido y de sus padres no afiliados

La afiliación es obligatoria para el recién nacido o menores de 18 años que demanden servicios de salud, la cual se realizará **con sus padres si no se encuentran afiliados** desde el momento del nacimiento o ingreso del menor a la IPS, el proceso se debe realizar al régimen y EPS que corresponda.



Anexo 1  
Formato de notificación de afiliación al régimen subsidiado

Ciudad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Lugar de atención: \_\_\_\_\_  
Señor: \_\_\_\_\_

Según lo establecido en el Artículo 32 de la Ley 1430 de 2011 y en el Artículo 2.1.3.11 del Decreto 700 del 2010, usted y su hijo/a, familiar, conformado por \_\_\_\_\_

tiene los requisitos para la afiliación al Régimen Subsidiado en la (S) EPS Subsidiado. Favor presentarse a la afiliación en las oficinas de la EPS de su municipio.

Firma del usuario: \_\_\_\_\_

Formato de constancia de no afiliación

Yo, identificado como \_\_\_\_\_ al que se me tiene integrado del régimen Auxiliar antes descrito, según lo establecido en el artículo 2.1.3.11 del Decreto 700 de 2010 modificado por el Decreto 2020 del 2010, para el mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, he verificado que no se encuentra afiliado al régimen subsidiado, manifestando solemnemente que rechazo la afiliación a alguno de las EPS del régimen subsidiado.

En constancia firmo\*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de identidad: \_\_\_\_\_  
Dirección de contacto: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* En caso de menor de edad, firma del adulto responsable

Nota: De su inscripción en un sistema de salud en EPS o en régimen subsidiado, según lo establecido por la Ley 1430 de 2011 y el Decreto 700 del 2010, usted y su familia se encuentran afiliados a dicho sistema de salud. Para más información consulte el artículo 2.1.3.11 del Decreto 700 del 2010 modificado por el Decreto 2020 del 2010.

La Afiliación es inmediata.  
al día siguiente se ve reflejada en  
ADRES

	<b>Afiliación del recién nacido, menor de edad que demanda servicios de salud y se afilia con sus padres</b>
	<b>Notificar directamente a la EPS</b>
Savia Salud	<a href="mailto:afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com">afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com</a>
Ecoopsos	<a href="mailto:eospina@ecoopsos.com.co">eospina@ecoopsos.com.co</a>
Coosalud	<a href="mailto:scarvajal@coosalud.com">scarvajal@coosalud.com</a>
AIC	<a href="mailto:asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co">asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co</a>

La Afiliación es inmediata desde la fecha de retiro. Aunque la afiliación se ve reflejada en ADRES en las semanas de procesos

(sí los padres tienen puntaje mayor al definido en la Resolución 3778 del 2011, sólo procede la afiliación del recién nacido)

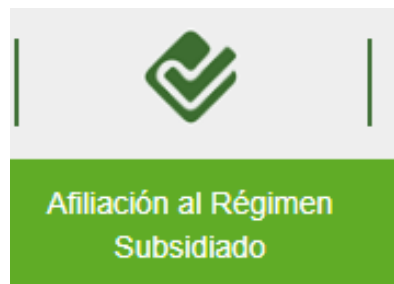


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



## Artículo 2.1.3.11. Afiliación de recién nacido y de sus padres no afiliados

La afiliación es obligatoria para el recién nacido o menores de 18 años que demanden servicios de salud, la cual se realizará **con sus padres si no se encuentran afiliados** desde el momento del nacimiento o ingreso del menor a la IPS, el proceso se debe realizar al régimen y EPS que corresponda.



Anexo 1  
Formato de notificación de afiliación al régimen subsidiado

Ciudad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Lugar de atención: \_\_\_\_\_  
Señor: \_\_\_\_\_

Según lo establecido en el Artículo 32 de la Ley 1430 de 2011 y en el Artículo 2.1.3.11 del Decreto 1902 del 2010, usted y su hijo/a, familiar, conformado por \_\_\_\_\_

tiene los requisitos para la afiliación al Régimen Subsidiado en la (S) EPS Subsidiado. Favor presentarse a la afiliación en las oficinas de la EPS de su municipio.

Firma del usuario: \_\_\_\_\_

Formato de constancia de no afiliación

Yo, identificado como \_\_\_\_\_ al que se me tiene integrado del régimen Auxiliar antes descrito, según lo establecido en el artículo 2.1.3.11 del Decreto 1902 de 2010 modificado por el Decreto 2020 del 2010, para el mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, he verificado que no se encuentra afiliado al régimen subsidiado, manifestando solemnemente que rechazo la afiliación a alguno de las EPS del régimen subsidiado.

En constancia firmo\*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de identidad: \_\_\_\_\_  
Dirección de contacto: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* En caso de menor de edad, firma del adulto responsable

Nota: De su inscripción en un sistema de salud EPS o en un afiliado a alguna EPS, por lo tanto, se debe cancelar la inscripción en el sistema de salud EPS y afiliarse a la EPS correspondiente. En caso de no tener un sistema de salud EPS, se debe cancelar la inscripción en el sistema de salud EPS y afiliarse a la EPS correspondiente.

La Afiliación es inmediata.  
al día siguiente se ve reflejada en  
ADRES

	<b>Afiliación del recién nacido, menor de edad que demanda servicios de salud y se afilia con sus padres</b>
	<b>Notificar directamente a la EPS</b>
Savia Salud	<a href="mailto:afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com">afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com</a>
Ecoopsos	<a href="mailto:eospina@ecoopsos.com.co">eospina@ecoopsos.com.co</a>
Coosalud	<a href="mailto:scarvajal@coosalud.com">scarvajal@coosalud.com</a>
AIC	<a href="mailto:asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co">asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co</a>

La Afiliación es inmediata desde la fecha de retiro. Aunque la afiliación se ve reflejada en ADRES en las semanas de procesos

(sí los padres tienen puntaje mayor al definido en la Resolución 3778 del 2011, sólo procede la afiliación del recién nacido)

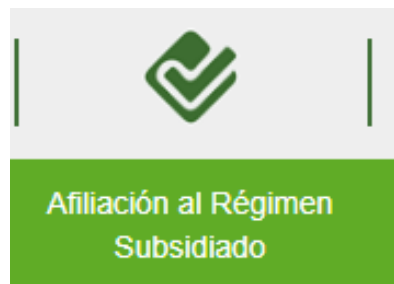


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



## Artículo 2.1.3.11. Afiliación de recién nacido y de sus padres no afiliados

La afiliación es obligatoria para el recién nacido o menores de 18 años que demanden servicios de salud, la cual se realizará **con sus padres si no se encuentran afiliados** desde el momento del nacimiento o ingreso del menor a la IPS, el proceso se debe realizar al régimen y EPS que corresponda.



Anexo 1  
Formato de notificación de afiliación al régimen subsidiado

Ciudad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Lugar de atención: \_\_\_\_\_  
Señor: \_\_\_\_\_

Según lo establecido en el Artículo 32 de la Ley 1430 de 2011 y en el Artículo 2.1.3.11 del Decreto 1902 del 2010, usted y su hijo/a, familiar, conformado por \_\_\_\_\_

tiene los requisitos para la afiliación al Régimen Subsidiado en la (S) EPS Subsidiado. Favor presentarse a la afiliación en las oficinas de la EPS de su municipio.

Firma del usuario: \_\_\_\_\_

Formato de constancia de no afiliación

Yo, identificado como \_\_\_\_\_ al que se me tiene integrado del régimen Auxiliar antes descrito, según lo establecido en el artículo 2.1.3.11 del Decreto 1902 del 2010 modificado por el Decreto 2020 del 2010, para el evento que se requiere para la afiliación al régimen subsidiado, manifiesto solemnemente que reúno la afiliación a alguna de las EPS del régimen subsidiado.

En constancia firmo\*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de identidad: \_\_\_\_\_  
Dirección de contacto: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
\* En caso de menor de edad, firma del adulto responsable.

Nota: De su inscripción en un sistema de salud EPS o en un sistema de afiliación, el afiliado quedará excluido del régimen subsidiado y deberá afiliarse a una EPS o a un sistema de afiliación. La afiliación a una EPS o a un sistema de afiliación no implica la pérdida de los beneficios del régimen subsidiado. El afiliado que no se afilia a una EPS o a un sistema de afiliación quedará excluido del régimen subsidiado y deberá afiliarse a una EPS o a un sistema de afiliación.

La Afiliación es inmediata.  
al día siguiente se ve reflejada en  
ADRES

	<b>Afiliación del recién nacido, menor de edad que demanda servicios de salud y se afilia con sus padres</b>
	<b>Notificar directamente a la EPS</b>
Savia Salud	<a href="mailto:afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com">afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com</a>
Ecoopsos	<a href="mailto:eospina@ecoopsos.com.co">eospina@ecoopsos.com.co</a>
Coosalud	<a href="mailto:scarvajal@coosalud.com">scarvajal@coosalud.com</a>
AIC	<a href="mailto:asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co">asisregistroantioquia1@aicsalud.org.co</a>

La Afiliación es inmediata desde la fecha de retiro. Aunque la afiliación se ve reflejada en ADRES en las semanas de procesos

(sí los padres tienen puntaje mayor al definido en la Resolución 3778 del 2011, sólo procede la afiliación del recién nacido)



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

