

FORMATO PARA PRIORIZAR LA AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Municipio _____, Fecha: _____

Señor

Tipo y Número de Documento: _____

Municipio _____

Cordial saludo,

Dentro de las responsabilidades de nuestra entidad de Promocionar **LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD** establecida en la Ley 1438 de 2011, nos permitimos informar que a la fecha Ud. no se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por tal razón y a fin de garantizar la atención en salud, a cargo de las EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD, le informamos que usted puede acceder a la AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS), tal como lo establece el artículo 32 de la ley 1438 de 2011, según el siguiente procedimiento:

1. Contar con documento de identidad expedido por autoridad competente – Registraduría del Estado Civil Colombiano
2. De no contar con documento de identidad, favor tramitar ante la Secretaria de Salud Municipal, la asignación de código de persona no identificada siempre y cuando pertenezca a los siguientes grupos (Para mayores y menores de edad si aplica de Población indígena, menores abandonados, personas de la tercera edad en protección de ancianatos, habitantes de la calle, población infantil vulnerable, desmovilizados, población reclusa INPEC)
3. Contar con SISBEN certificado por DNP, dentro de los puntos de corte establecidos en la Resolución 3778 de 2011.

Nivel	Puntaje de Sisbén III		
	14 ciudades (Pasto)	Otras Cabeceras	Rural
1	0 - 47.99	0 - 44.79	0 - 32.98
2	48.00 - 54.86	44.80 - 51.57	32.99 - 37.80

4. De no contar con la encuesta socioeconómica SISBEN, acercarse a la Alcaldía Municipal para la encuesta respectiva y/o inclusión en los listados censales de las poblaciones especiales establecidas en el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 (Población indígena, menores abandonados, víctimas, personas de la tercera edad en protección de ancianatos, habitantes de la calle, población infantil vulnerable, desmovilizados, población reclusa INPEC, etc.)
5. Si cumple con los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado (numerales 1 – 4), usted tiene la obligación de acercarse a la EPS que actualmente operan en el municipio de su residencia, en un plazo no mayor a 3 días para su afiliación al SGSSS.
6. El presente formato, hace parte de la CUENTA DE COBRO de la atención en salud, y se anexa copia del mismo a la SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, con el propósito de identificar a las personas que se rehúsan a realizar la afiliación y adelantar el trámite de afiliación oficiosa, establecido en el parágrafo 3, artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

Firma Usuario

Firma Funcionario IPS/ ESE.

Tipo y Numero de Documento Usuario

Tipo y Numero de Documento Funcionario



HUELLA