



**EPS**

**FAMILIAR**  
*DE COLOMBIA*

*Junto a ti*

# **CARTA DE DERECHOS Y DEBERES**

De los afiliados y pacientes en el sistema general  
de seguridad social en salud

**EDICIÓN 2022**



Apreciado afiliado,  
En nombre de todo el equipo de la EPS Familiar de Colombia le damos una cordial bienvenida; nos complace que usted y su grupo familiar nos haya elegido como su EPS para brindarles la atención de los servicios de salud.

Queremos contarle que en la EPS Familiar de Colombia trabajamos cada día para brindarle a nuestros afiliados un mejor servicio, bajo un modelo de atención en salud que busca la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

A través de este documento queremos darle a conocer información de interés sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo, encontrará orientación para acceder a los servicios de salud, los programas de promoción y prevención con los que cuentan nuestros afiliados, los canales de comunicación que se tienen establecidos para la atención, los medios de participación ciudadana, los deberes y derechos, la red de oficinas y de Instituciones Prestadoras de Servicio adscritas a EPS Familiar de Colombia, entre otros.

Igualmente damos a conocer el desempeño de nuestra EPS, para lo cual encontrará información sobre:

- Resultados de los indicadores de calidad de la EPS y de las instituciones prestadoras de servicios adscritas a nuestra entidad.
- Nivel de posicionamiento de la EPS obtenido en el Ranking que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Listado de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentran acreditadas.
- Indicadores financieros.

# INTRODUCCIÓN

# TABLA DE CONTENIDO

## CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y PACIENTES EN EL SGSSS

**PÁG. 05**  
**INFORMACIÓN GENERAL**

- 1.1. Glosario
- 1.2. Plan de Beneficios, Exclusiones y Limitaciones
- 1.3. Inexistencia de Carencias
- 1.4. Demanda Inducida
- 1.5. Pagos Moderadores y Copagos
- 1.6. Red de Prestación de Servicios de Salud
- 1.7. Atención de Urgencia
- 1.8. Programas de Protección Específica y Detección Temprana
- 1.9. Medios de contacto y acceso a servicios administrativos
- 1.10. Acceso a Servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (No PBS)
- 1.11. Transporte y Estadía
- 1.12. Información General de la Afiliación y Aseguramiento
- 1.13. Atención en Salud a la Población de Especial Protección
- 1.14. Participación Social

**PÁG. 43**  
**DERECHOS Y DEBERES**

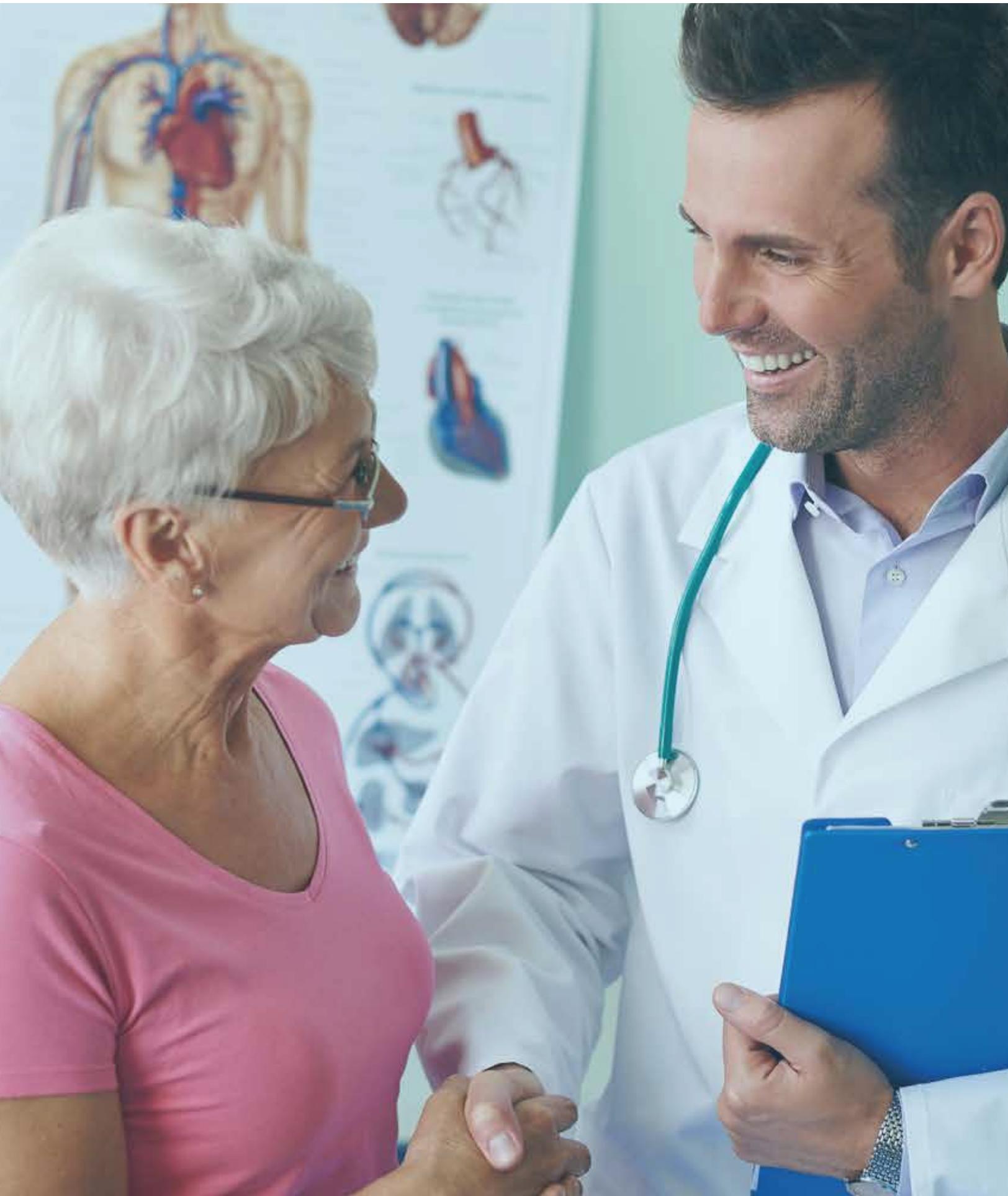
- 2.1. Derechos
- 2.2. Deberes

**PÁG. 48**  
**INSTITUCIONES Y RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS**

- 3.1. Inspección, Vigilancia y Control
- 3.2. Mecanismos de Protección
- 3.3. Ley Estatutaria de Salud

**PÁG. 51**  
**DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE**

- 4.1. Glosario
- 4.2. Derechos del paciente a morir dignamente
- 4.3. Deberes del paciente a morir dignamente



# CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y PACIENTES EN EL SGSSS



# 1 INFORMACIÓN GENERAL

Apreciado afiliado, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y de conformidad con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 229 del 2020, hacemos entrega de la “CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y PACIENTES”

Le damos una calurosa bienvenida a la gran familia EPS Familiar de Colombia, quien velará por su salud y la de cada una de las personas que usted más quiere, mediante una atención oportuna, pertinente, integral, humanizada, respetuosa y dentro de los parámetros exigidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según la normatividad vigente.

EPS Familiar de Colombia cuenta con oficinas Municipales que lo guiarán en caso de cualquier inquietud, también puede comunicarse a la línea de atención gratuita:  
01 8000 938 810

A continuación se detalla el significado de los términos que se utilizan con mayor frecuencia en este documento con el propósito de lograr una mayor comprensión de la información:

- **ADRES:** Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Afiliación:** Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud - EPS.
- **Afiliado:** Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuando cotiza, a las prestaciones económicas.
- **Alianzas o Asociaciones de Usuarios:** Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.
- **Alto Costo:** Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.
- **Atención de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios en salud que busca preservar la vida y prevenir consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud, para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.
- **Autocuidado:** Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.
- **Beneficiarios:** Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.
- **BDUA:** Base de datos única de afiliados al SGSSS.
- **Cobertura:** Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan de Beneficios de Salud.
- **Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad, general o especializada, según la complejidad.
- **Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.
- **Consulta no programada:** Es la atención en salud que le brinda el Centro Médico, cuando usted o alguno de sus beneficiarios presenta una situación de salud que amerita una atención prioritaria, pero que no corresponde a una urgencia vital.
- **Cotización:** Es el aporte obligatorio que con base en el ingreso mensual hacen los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo.
- **Cotizante:** Las personas, nacionales o extranjeras,

residentes en Colombia, que por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

- **Cuotas Moderadoras:** Son los aportes en dinero que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus beneficiarios) por servicios que éstos demanden, que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular el buen uso del servicio de salud, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las Entidades Promotoras de Salud.
- **Copago:** Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante). No se paga en actividades de promoción y prevención, atención inicial de urgencias y enfermedades catastróficas.
- **Demanda Inducida:** Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.
- **Detección Temprana:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.
- **EAPB:** Entidad Administradora de Planes de Beneficios
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud.
- **Enfermedad de alto costo:** Las enfermedades de alto costo y catastróficas” son aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo y un alto costo de las actividades; la mayoría de los tratamientos son de baja efectividad y catastróficos en lo económico, social, familiar y personal puesto que tiene una fuerte carga psicosocial.
- **Enfermedades de interés en salud pública:** Son enfermedades que presentan un alto impacto en la salud de la población y ameritan una atención y seguimiento especial.
- **Historia Clínica:** Es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.
- **Integralidad:** Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- **Incapacidad:** Se entiende por incapacidad laboral el estado de inhabilidad física o mental de un individuo, que le impide desempeñar en forma temporal o permanente, su profesión u oficio habitual.
- **Inscripción a la EPS:** Es el proceso mediante el cual una persona adquiere beneficios, derechos y deberes del SGSSS, con el diligenciamiento de un formulario de afiliación.
- **Licencia de Maternidad:** Es el reconocimiento de tipo económico que hace el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a la progenitora del recién nacido, a la madre adoptante del menor de 18 años o al padre adoptante cuando éste carezca de cónyuge o compañera permanente.
- **Licencia Remunerada de Paternidad:** Consiste en un permiso, descanso o licencia remunerada de ocho (8) días hábiles, que se concede al esposo o compañero permanente por los hijos nacidos del cónyuge o de la compañera y por los hijos adoptados. Para tener derecho a la licencia de paternidad hay que ser cotizante, lo que excluye a los beneficiarios de la madre del niño y se encuentra incluida en el artículo 236 del Código sustantivo del trabajo.
- **Libre Escogencia:** Es el principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud que le da al afiliado la facultad de elegir entre las diferentes Entidades Promotoras de

Salud la que le administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan de Beneficios. A su vez, la Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger, entre un número plural de prestadores, la o las Instituciones Prestadoras de servicios a través de las cuales accederá al Plan de Beneficios de Salud.

- Mipres: Es una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.
- Mías: Modelo de atención en salud.
- Movilidad: Es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales.
- Novedades: 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.
- Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC: Es el

conjunto de servicios y tecnologías en salud contenidas en la resolución 5857 de 2018, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en la citada resolución.

- Planilla Integrada de Pago de Aportes (PILA): Es un formato electrónico que facilita a los aportantes realizar el pago integrado de los aportes a la Seguridad Social y demás parafiscales, a través de transferencias electrónicas de fondos.
- Prevención de la Enfermedad: Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.



- **Promoción de la Salud:** Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.
- **Prótesis:** Dispositivo ortopédico aplicado de forma externa, usado para reemplazo total o en parte de una extremidad ausente o deficiente.
- **PBSUPC:** Plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación.
- **Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- **Régimen Contributivo:** Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización. Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las Instituciones Prestadoras de Servicios, mediante el

aplicativo dispuesto por este Ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

- **Régimen Subsidiado:** Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.  
Rías: Rutas integrales de atención
- **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **SAT:** Sistema de afiliación transaccional.  
Tecnología de Salud: Medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, modelos organizativos y sistemas de apoyo, necesarios para su empleo en la atención a pacientes.  
Traslados: Son los cambios de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Triage:** Método de selección y clasificación de pacientes que ingresan al servicio de urgencias, realizado por personal de salud, donde se debe brindar una valoración rápida y ordenada para identificar enfermedades que requieran atención médica inmediata.
- **UPC:** Unidad de pago por capitación.
- **Urgencia:** Es toda situación que requiera una actuación médica inmediata.



# 1.2. PLAN DE BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

## ¿Qué es el Plan de beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)?

Es el conjunto de servicios y tecnologías para la atención en salud y prestaciones económicas (incapacidades, licencias de maternidad y paternidad) a las que tienen derecho el afiliado y su grupo familiar por tener una afiliación vigente en el régimen contributivo y/o subsidiado que deben ser garantizadas por la EPS.

Las coberturas de estos servicios se encuentran reglamentadas por el Gobierno Nacional en la Resolución 5857 de 2018 y son actualizadas año tras año.

## ¿Quiénes tienen derecho a acceder a los servicios del Plan de Beneficios?

Los afiliados cotizantes (dependientes, independientes y los pensionados), así como los beneficiarios que conformen su grupo familiar y aquellos que cumplan con los requisitos para ser beneficiarios del régimen subsidiado.

## Servicios del Plan de Beneficios con cargo a la UPC

Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva básica hasta diversos tratamientos de alta complejidad, entre ellos están:

- Consulta odontológica
- Procedimientos odontológicos: obturaciones en amalgama y resina, exodoncias temporales y permanentes, tratamiento de conductos temporales y permanentes, consulta prioritaria de odontología, radiología oral, prótesis totales para usuarios con ingresos hasta 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

- Actividades de promoción y prevención en Salud Oral: control de placa bacteriana, profilaxis, remoción de cálculos, sellantes de fosas y fisuras, fluorización y educación en salud oral.
- Atención inicial de urgencias.
- Diagnóstico: Laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear, resonancia electromagnética y escanografía.
- Hospitalización.
- Tratamientos quirúrgicos, en servicios de baja, mediana y alta complejidad.
- Apoyo terapéutico: Terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje.
- Suministro de medicamentos y principios activos señalados en la normatividad vigente.

## Plan de Beneficios en Salud para comunidades Indígenas

La población indígena afiliada al Sistema General de Seguridad social en Salud tendrá cobertura con los contenidos previstos en la Resolución 5758 de 2018, en relación con lo definido para cada régimen, incluyendo los hogares de paso las guías bilingües. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) este será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que le serán proporcionados.

## Exclusiones y Limitaciones del Plan de Beneficios en Salud

EL Plan de Beneficios en Salud tiene exclusiones y limitaciones, que en general son todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y aquellos que sean considerados como



cosméticos, estéticos o suntuarios.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social expidió las Resoluciones 3951 de 2016 y 532 de 2017, mediante las cuales estableció el procedimiento que a partir del 1 de abril del 2017 regirá para el acceso, reporte de prescripción, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC).

La prescripción de estos servicios será realizada por el profesional de la salud tratante a través del aplicativo MIPRES que el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso para tal fin cumpliendo los criterios definidos en las citadas resoluciones. Dentro de este nuevo procedimiento, la responsabilidad de la EPS consiste en garantizar el suministro de las tecnologías prescritas por los profesionales de la salud a través de la red de prestadores, recaudar los dineros pagados por copagos, cumplir con los requisitos y procedimientos para la presentación de las solicitudes de recobro, realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia de los afiliados, su régimen y el estado de afiliación; realizar la transcripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallos de tutela en el aplicativo dispuesto para tal fin o en los casos de contingencia y, reportar al Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías no cubiertas por el PBSUPC.

Cuando el profesional de la salud le ordene servicios o tecnologías no incluidas en el PBSUPC, le entregará al afiliado un formato o plan de manejo con un número de prescripción. La EPS le informará vía mensaje de texto o correo electrónico el lugar donde se le suministrará el

servicio o la tecnología prescrita por el tratante, la cual será entregada dentro de los 5 días siguientes de su prescripción.

En el caso que se ordene un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional o medicamentos de la lista de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios –UNIRS, el profesional de la salud deberá consultar la pertinencia de su utilización a la Junta de Profesionales de la IPS. Una vez la IPS cuente con el concepto de la Junta, deberá registrar la decisión en el módulo del aplicativo MIPRES dispuesto para tal fin. La decisión de la junta, así como la información

### Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC:

El Artículo 15 de la Ley Estatutaria No. 1751 del 16 de febrero de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones y Resolución 5857 de 2018 por la cual se modifica el PBSUPC, indican que los recursos públicos asignados a la salud no pueden destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta el cumplimiento de alguno de los siguientes criterios o condiciones:

- a. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- b. Tecnologías que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.
- c. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
- d. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así

como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.

- e. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- f. Tecnologías en las cuales no exista evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica.
- g. Tecnologías cuyo uso no haya sido autorizado por la autoridad competente. Para el caso de los medicamentos e insumos, cuyo uso no haya sido autorizado por el INVIMA.
- h. Tecnologías que se encuentren en fase de experimentación.
- i. Tecnologías que tengan que ser prestadas en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con los anteriores criterios son explícitamente excluidos para ser financiados por el Sistema de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estableció mediante la Resolución 330 de febrero de 2017, el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación y actualización periódica de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud. Las tecnologías nominadas y las decisiones tomadas en cada fase del procedimiento podrán ser consultadas en la página web del Ministerio en el siguiente enlace <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/ley-estatutaria-de-salud.aspx>.

geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería y granja protegida, entre otros.

- Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
- Incapacidades derivadas de procedimientos estéticos.
- Servicios y/o tecnologías excluidos por el Ministerio de Salud bajo normatividad vigente.

Es importante señalar que como exclusiones del plan de beneficios se debe considerar aquellas prestaciones o servicios que no serán financiados con la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) así:

- Aquellas que tengan un fin primordialmente cosmético o suntuario.
- Que escaseen de evidencia sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica.
- Aquellas que no estén autorizadas para su uso en el país.
- Que sean experimentales o tengan que ser prestados en el exterior.
- El uso de insumos y medicamentos no estén autorizados por parte de la autoridad competente.

## ¿Qué servicios no son cubiertos por el plan obligatorio de salud?

- Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por el personal del área de la salud.
- Servicios no habilitados en el Sistema de Salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencias o protección social tipo hogar

## 1.3. INEXISTENCIAS DE CARENCIAS

Es el conjunto de servicios y tecnologías para la atención en salud y prestaciones económicas (incapacidades, licencias de maternidad y paternidad) a las que tienen derecho el afiliado y su grupo familiar por tener una afiliación vigente en el régimen contributivo y/o subsidiado que deben ser garantizadas por la EPS.

Las coberturas de estos servicios se encuentran reglamentadas por el Gobierno Nacional en la Resolución 5857 de 2018 y son actualizadas año tras año.

Se especifica que no hay periodos de carencia, ni restricciones en los servicios por traslado de entidad promotora de salud.

## 1.4. DEMANDA INDUCIDA

Acuerdo 117 de 1998, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica, detección temprana y la adhesión a los programas (Resolución 3280 del 2018). COMFASUCRE EPS cuenta con este servicio en el Departamento de Sucre, abarcando los todos municipios donde tenemos afiliados, para garantizar la orientación hacia los servicios de manera preventiva. Las actividades objeto de Demanda inducida son las siguientes:

### Vacunación - Plan Ampliado de Inmunización (PAI)

Este programa está dirigido a afiliados menores de cinco años, mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y embarazadas, busca prevenir enfermedades tales como tuberculosis, poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, meningitis por hemophilus influenza, hepatitis A y B, sarampión, parotiditis, rubéola, fiebre amarilla, rotavirus, neumococo y virus del papiloma humano a través de la aplicación de vacunas en las edades y dosis recomendadas.

### Salud Oral

El principal objetivo de este programa es conocer cómo controlar la placa bacteriana y mantener una buena

higiene oral.

Durante las consultas de este programa se realizan actividades de prevención tales como:

- El control de placa bacteriana, donde se revisa si hay placa bacteriana presente en los dientes.
- Fluorización (de 1 a 18 años) para fortalecer la superficie del diente y prevenir la aparición de caries dental.
- La aplicación de sellantes (de 3 a 15 años), con lo cual se modifica la superficie del diente, buscando disminuir la acumulación de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma con el cepillado después de cada comida. Detartraje supragingival (de 12 años en adelante) es la remoción mecánica de la placa bacteriana y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente, para evitar daños en los tejidos de soporte.

Es importante que las mujeres embarazadas asistan a control con el odontólogo para controlar o prevenir la inflamación de las encías o gingivitis, que se produce por el cambio hormonal.

Los afiliados deben asistir a su Centro Odontológico asignado para acceder a este servicio.

## Planificación Familiar

Planear en qué momento de su vida desea tener un hijo y cuántos hijos desea tener es una decisión muy importante. Por esto, COMFASUCRE EPS remite a las instituciones responsables del Programa de Planificación Familiar, quienes ofrecen a hombres y mujeres en edad fértil:

- Asesoría sobre derechos sexuales y reproductivos.
- Consulta médica y de enfermería enfocada a la consejería en planificación familiar.
- Educación sobre los métodos de planificación existentes.
- Seguimiento a la utilización del método. Acceso a los métodos anticonceptivos incluidos en el
- Plan de Beneficios de Salud
- Inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU) e implante subdérmico (Jadell).
- Esterilización femenina (ligadura de trompas) y masculina (vasectomía).

La educación acerca de los métodos de planificación familiar, sus ventajas y desventajas, se hace tanto a mujeres como a hombres favoreciendo la equidad de género y procurando siempre que la elección del método sea decisión de la mujer o concertada con la pareja.

## Crecimiento y Desarrollo

El programa busca tener niños saludables que en un futuro sean adultos sin enfermedad.

En este programa los niños y niñas menores de diez años acceden a una serie de actividades médicas y de enfermería que permiten evaluar periódicamente cómo están creciendo y desarrollándose física y emocionalmente, buscando tomar las medidas correctivas necesarias para que tengan buena salud.

El programa busca que se mantenga un control periódico de la salud y del desarrollo de los pequeños afiliados, quienes deben asistir a:

- 1 consulta durante el primer mes de vida.
- 4 consultas durante el período de los 2 a los 12 meses de edad.
- 3 consultas entre los 13 y los 24 meses de edad.
- 4 consultas entre los 2 y los 4 años de edad.
- 4 consultas entre los 5 y los 7 años de edad.
- 1 consulta anual a los 8 y a los 9 años de edad.

Adicionalmente, los padres y/o los cuidadores de los niños(as) reciben educación sobre alimentación balanceada, esquema de vacunación, estimulación temprana, afectividad, prevención de accidentes, higiene oral, intervención oportuna de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda, entre otros.

## Control Prenatal

EPS Familiar de Colombia y su Programa de Control Prenatal pone a disposición de las afiliadas embarazadas un equipo de profesionales altamente capacitado para ofrecer una adecuada atención prenatal y cuidado durante el parto y el posparto, así como el cuidado del recién nacido.

Las mujeres gestantes deben solicitar cita de control prenatal tan pronto conozcan que están embarazadas, preferiblemente durante el primer trimestre de gestación.

## Salud Visual

Las personas de 4, 11, 16 y 45 años deben asistir en estas edades a una consulta médica en la que se evaluará la agudeza visual.

Los afiliados de 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años deben asistir en estas edades a una valoración médica de su estado de salud que incluye también una consulta con oftalmología.

## Promoción y Prevención de Alteraciones del Joven y del Adulto

EPS Familiar de Colombia ofrece dentro de sus consultas para pacientes de 10 a 29 años actividades de tamizaje que buscan detectar alteraciones de la salud sexual y reproductiva en este rango de edad.

A partir de los 45 años y cada 5 años encaminado a detectar factores de riesgo y diagnosticar tempranamente enfermedades cardiovasculares, se realizan actividades ya determinadas.



## Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino

Mediante la realización anual de la citología vaginal en las mujeres de 21 a 69 años, se busca diagnosticar tempranamente el cáncer de cuello uterino y realizar intervenciones que permitan un tratamiento oportuno.

## Detección Temprana de Cáncer de Mama

Con el objetivo de diagnosticar tempranamente el cáncer de mama y de realizar las intervenciones necesarias para su tratamiento, las mujeres mayores de 50 años deben, cada dos años, asistir a una consulta médica en la que se busca la presencia de masas o alteraciones en las mamas y la realización de mamografía.

# 1.5. CUOTA MODERADORA Y COPAGO

## Cuota Moderadora

La cuota moderadora es un aporte en dinero que deben realizar los afiliados cotizantes y beneficiarios al utilizar los servicios ofrecidos por el Plan de Beneficios, a fin de moderar el uso de los mismos.

### Actividades o procedimientos que requieren el pago de cuota moderadora:

- Consulta externa médica, odontológica y paramédica.
- Consulta externa por médico especialista.
- Suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios.
- Exámenes de diagnóstico ambulatorios (clínicos, patológicos, radiológicos, tanto simples como especializados).
- Suministro de lentes.
- Consulta externa médica, odontológica y paramédica.

- Consulta externa por médico especialista.
- Suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios.
- Exámenes de diagnóstico ambulatorios (clínicos, patológicos, radiológicos, tanto simples como especializados).
- Suministro de lentes.
- Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.
- Si el afiliado está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

## ¿Cuál es el valor de la cuota moderadora?

Está directamente relacionado con el Ingreso Base de Cotización (IBC) reportado por el cotizante. Este valor se expresa en Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV).

Las afiliaciones se clasifican en tres categorías A, B o C teniendo en cuenta el ingreso base de cotización reportada en la planilla de aportes. Cuando en la afiliación existan dos cotizantes, para el cálculo de la categoría se tomará el ingreso base de cotización de menor valor.

De acuerdo con la categoría asignada se cobrará el valor de la cuota moderadora, el cual es reajustado anualmente en un porcentaje equivalente al aumento del SMLMV.

CATEGORÍA	INGRESO BASE SMLMV	PORCENTAJE SOBRE EL SMLDV	VALOR
A	Menor a 2 SMLMV*	11.7%	\$3.500
B	Entre 2 y 5 SMLMV*	46.1%	\$14.000
C	Mayor a 5 SMLMV*	121.5%	\$36.800

\*SMLDV (Salario Mínimo Legal Diario Vigente)

## Cómo y dónde se paga el valor de la cuota moderadora?

El valor de la cuota moderadora puede pagarlo directamente en la Sede Principal de EPS Familiar de Colombia en la Institución Prestadora de Servicio adscrita que la va a brindar la atención médica.

### Excepciones al cobro de cuota moderadora:

- Personas con discapacidad mental a menos que su patrimonio le permita asumir tales gastos.
- Beneficiarios de la Ley 1388 de 2010: Población menor de 18 años con sospecha, diagnóstico acreditado y confirmado de cáncer y algunas enfermedades hematológicas.
- Mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas.
- Niños y adolescentes de Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas certificadas, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios.
- Servicios de rehabilitación y atención integral para niños y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato certificado por la autoridad competente.
- Atención integral de mujeres víctimas de violencia física o sexual.

## Copago

Es el aporte en dinero que deben realizar exclusivamente los afiliados beneficiarios, sobre los procedimientos e intervenciones sujetos por Ley a estos cobros. Los copagos podrán aplicarse a todos los servicios contenidos en el Plan de Beneficios, con excepción de:

- Actividades de detección temprana y protección específica.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades

transmisibles.

- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- La atención inicial de urgencias.
- Servicios sometidos al pago de cuotas moderadoras.

Las afiliaciones se clasifican en tres categorías A, B o C teniendo en cuenta el ingreso base de cotización reportada en la planilla de aportes. Cuando en la afiliación existan dos cotizantes, para el cálculo de la categoría se tomará el ingreso base de cotización de menor valor.

El cobro se genera de acuerdo con la categoría a la que pertenezca el afiliado así:

CAT.	INGRESO BASE SMLMV	% MÁXIMO POR EVENTO	VALOR MÁXIMO POR EVENTO	VALOR MÁXIMO POR USUARIO/AÑO
A	Menor a 2 SMLMV*	11.5%	28.7% del SMLMV \$260.747	57.5% de (1) SMLMV \$522.402
B	Entre 2 y 5 SMLMV*	17.3%	115% del SMLMV \$1.044.805	230% de (1) SMLMV \$2.089.610
C	Mayor a 5 SMLMV*	23%	230% del SMLMV \$2.089.610	460% de (1) SMLMV \$4.179.220

\*SMLDV (Salario Mínimo Legal Diario Vigente)

Los porcentajes registrados se aplican sobre el valor total del procedimiento o intervenciones sujetas al cobro de copagos que requiera el afiliado. Los copagos tienen un límite máximo por evento y un límite máximo por año, relacionado con el ingreso base de cotización del cotizante.

## ¿Dónde se debe pagar el copago?

El valor del copago se debe pagar directamente en la Sede Principal de EPS Familiar de Colombia o en la Institución Prestadora de Servicio adscrita que la va a brindar la atención médica.

## Copago Régimen Subsidiado

Según la ley 1122 de enero de 2007, Artículo 14 literal G, los afiliados con nivel 1 del SISBEN están exentos de la cancelación del copago, solo deben pagar (10%) los clasificados del nivel 2 del SISBEN.



SISBEN	DETALLE	VALOR MÁXIMO POR SERVICIO	VALOR MÁXIMO POR AÑO USUARIO
1	Población en Nivel 1 de SISBÉN	0%	\$ 0.00
2	Población en Nivel 2 de SISBÉN	10% del valor de la cuenta, 50% de (1) SMLMV. \$454.263	100% de (1) SMLMV \$908.526

Las Exoneraciones de cuotas moderadoras y copagos. Se aplicará lo definido en la Circular No. 0016 de 2014, sobre poblaciones exentas conforme al Acuerdo 260 de 2004 y leyes especiales:

- Las personas con discapacidad mental que tienen derecho a los servicios de salud de manera gratuita, a menos que su patrimonio directo o derivado de la prestación alimentaria, le permita asumir tales gastos (Ley 1306 de 2009, artículo 12).
- La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente.
- La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos

Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios.

- La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el literal anterior y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.
- Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas (Ley 1412 de 2010).
- Los niños, niñas y adolescentes del Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios (Ley 1438 de 2011).
- Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física, mental y atención integral hasta que se certifique médicamente su recuperación (Ley 1438 de 2011).
- Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física, mental y atención integral, sin importar su régimen de afiliación, hasta que se certifique médicamente la

recuperación de las víctimas (Ley 1438 de 2011).

- Las víctimas del conflicto armado interno en los términos, y las pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2, en todo tipo de atención en salud que requieran. En caso de no hallarse afiliadas a ningún régimen, tendrán que ser afiliadas en forma inmediata al régimen subsidiado (Ley 1448 de 2011, Decreto-Ley 4635 de 2011).
- Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido (Ley 1438 de 2011, Ley 1618 de 2013).
- Las víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, respecto de los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisonomía y funcionalidad de las zonas afectadas (Ley 1438 de 2011, artículo 5º de Ley 1639 de 2013).



## No Habrá lugar al cobro de copagos para las siguientes poblaciones:

Es el aporte en dinero que deben realizar exclusivamente los afiliados beneficiarios, sobre los procedimientos e intervenciones sujetos por Ley a estos cobros. Los copagos podrán aplicarse a todos los servicios contenidos en el Plan de Beneficios, con excepción de:

- Niños durante el primer año de vida.
- Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (Cualquier edad).
- Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN tales como listados censuales u otros, siempre y cuando presenten condición de pobreza similar de las del nivel 1 del SISBEN tales como:
  - Población infantil abandonada menor de un año.
  - Población indigente
  - Población en condición de desplazamiento forzado.
  - Población indígena.
  - Población desmovilizada.
  - Personas de la tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia social.
  - Población rural migratoria.
  - Población ROM.
  - Niños y menores de 18 años con cáncer.

**La NO cancelación de cuotas moderadoras o copagos, no será causal para no tener derecho a los servicios médicos.**



# 1.6.

## RED DE PRESTADORES

La Red de Prestadores de EPS Familiar de Colombia se concentra en el Departamento de Sucre, específicamente en la Ciudad de Sincelejo y en los municipios donde contamos con afiliados. De acuerdo a esto nuestra Red se conforma de la siguiente manera:

### RED DE PRESTADORES

NOMBRE IPS	MUNICIPIO	TELÉFONO	COMPLEJIDAD
CLINICA DE LA COSTA LTDA BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	3369999	4
CLINICA VIDA IPS SAS	BARRANQUILLA	3285720	4
COLOMBIANA DE TRASPLANTES SAS	BARRANQUILLA	018000180280	4
CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA ESE	BUENAVISTA	2901260	1
E.S.E CENTRO DE SALUD COLOSO SEDE PRINCIPAL	COLOSO	2499852	1
ESE CENTRO DE SALUD CARTAGENA DE INDIAS COROZAL	COROZAL	28577 38	1
HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE COROZAL	COROZAL	2840002	2
NEONATOLOGOS DE SUCRE LIMITADA	COROZAL	2810166	4
IPS IMAGENENES DE LA SABANA	COROZAL	2857668	2
CLINICA LA TRINIDAD IPS LTDA	COVEÑAS	3046390331	2
CUPOSALUD IPS SAS	COVEÑAS	3127442645	1
SOCIEDAD PARA LA ATENCION MEDICA E IMAGENES DIAGNOSTICAS SAS	COVEÑAS	3102001020	2
ESE CENTRO DE SALUD EL ROBLE SEDE PRINCIPAL	EL ROBLE	3007252206	1
ESE CENTRO DE SALUD INMACULADA CONCEPCION DE GALERAS SUCRE	GALERAS	2893245	1
IPS EL SEÑOR DE LOS MILAGROS LIMITADA SEDE PRINCIPAL	GALERAS	3126547309	1
ESE CENTRO DE SALUD DE GUARANDA SEDE PRINCIPAL	GUARANDA	2911037	1
IPS CLINICA GUARANDA SANA SAS SEDE PRINCIPAL	GUARANDA	2911007	2
ESE CENTRO DE SALUD DE LOS PALMITOS	LOS PALMITOS	2922193	1

## RED DE PRESTADORES

NOMBRE IPS	MUNICIPIO	TELÉFONO	COMPLEJIDAD
DISTRIDROGAS IPS MELI EU SEDE PRINCIPAL	LOS PALMITOS	3002516600	1
VITAL CARIBE SAS	MAGANGUE	3012814238	4
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MAJAGUAL	MAJAGUAL	2871087	1
ONCOMEDICA	MONTERIA	7854344	4
ESE CENTRO DE SALUD SAN BLAS DE MORROA SUCRE	MORROA	2840563	1
IPS IMAGENENES DE LA SABANA	MORROA	2857668	2
ESE CENTRO DE SALUD DE OVEJAS SEDE PRINCIPAL	OVEJAS	2869008	1
DIAGNOSTISALUD SAS	OVEJAS	3012065840	1
CENTRO DE SALUD DE SAMPUES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	SAMPUES	2838189	1
ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PALMITO SEDE PRINCIPAL	SAN ANTONIO DE PALMITO	3145056257	1
HOSPITAL LOCAL SAN BENITO ABAD ESE	SAN BENITO	2930158	1
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE BETULIA	SAN JUAN DE BETULIA	3157527752	1
NACIRA ESTHER BELTRAN DIAZ	SAN MARCOS	2955715 - 2955437	2
ESE HOSPITAL REGIONAL II NIVEL DE SAN MARCOS	SAN MARCOS	2954800	2
ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE I NIVEL SAN MARCOS	SAN MARCOS	2955715	1
UNIDAD MEDICA INTEGRAL DEL SAN JORGE LIMITADA	SAN MARCOS	2955663	2
ASISTENCIA MEDICA IPS S AS SEDE PRINCIPAL	SAN MARCOS	2749955	2
CENTRO OBSTETRICO Y GINECOLOGICO ROMERO SAS SEDE PRINCIPAL	SAN MARCOS	2954420	2
ESE CENTRO DE SALUD SAN PEDRO SUCRE SEDE PRINCIPAL	SAN PEDRO	2894047	1
IPS TOLUSALUD LTDA	SANTIAGO DE TOLU	2948078	2
CLINICA LA TRINIDAD IPS LTDA	SANTIAGO DE TOLU	3046390331	2
ESE HOSPITAL SANTIAGO DE TOLU	SANTIAGO DE TOLU	2885256	1
ESE HOSPITAL LOCAL NUESTRA SEÑORA DEL SOCORRO DE SINCE	SINCE	2895373	1
ANGELICA ROCIO MENDOZA GUERRA	SINCELEJO	2714042	3

## RED DE PRESTADORES

NOMBRE IPS	MUNICIPIO	TELÉFONO	COMPLEJIDAD
WILSON EDUARDO URIBE MANTILLA	SINCELEJO	3205300497	3
ESCANOGRAFIA SINCELEJO LTDA SEDE PRINCIPAL	SINCELEJO	2826080	2
MASVIDA DE LA COSTA SAS SINCELEJO	SINCELEJO	3014882916	2
FUNDACION ESTILO DE VIDA SALUDABLE ES VIDA	SINCELEJO	2813877	3
ESE UNIDAD DE SALUD SAN FRANCISCO DE ASIS	SINCELEJO	2828189	1
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA DE SUCRE S A S	SINCELEJO	2820783	4
IPS REPRESENTACIONES MEDISUCRE LTDA	SINCELEJO	3135956478	2
CLINICA SANTA ISABEL LIMITADA SEDE PRINCIPAL	SINCELEJO	2791389	2
OFTALMOLOGOS ASOCIADOS DE LA COSTA S A S	SINCELEJO	2771018	3
INSTITUTO DEL RIÑÓN DE SUCRE	SINCELEJO	2818471	4
UNIDAD MEDICA EL BOSQUE Y CIA LTDA SEDE PRINCIPAL	SINCELEJO	2761333	3
CLINICA ESPECIALIZADA LA CONCEPCION SAS	SINCELEJO	2749181	3
RESONANCIA E IMAGENES SANTAMARIA S A	SINCELEJO	2825988-2818797	3
LIGA CONTRA EL CANCER SECCIONAL SUCRE SEDE PRINCIPAL	SINCELEJO	2826799	2
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E S E	SINCELEJO	2823864	4
SOCIEDAD DE HEMODINAMIA SANTA MARIA LTDA SEDE PRINCIPAL	SINCELEJO	2821235	4
GUACARI IPS INDIGENA SAN MARCOS	SINCELEJO	2954932	2
CENTRO DE FISIOTERAPIA REHABILITAR MARTA CANTILLO EU	SINCELEJO	3107438580-2760692	3
UNIDAD DE DIAGNOSTICO GINECOLOGICO Y PRENATAL SER MUJER	SINCELEJO	2820053	2
IPS IMAGEN DIAGNOSTICA SAS	SINCELEJO	3104122221-3104122225	3
CLINICA OFTALMOLOGICA DE SUCRE S A S	SINCELEJO	2714280	3
VIVE SOLUTIONS SAS	SINCELEJO	2768912	3
ASISTENCIA MEDICA IPS SAS SEDE PRINCIPAL	SINCELEJO	2749955	2
CARDIOCARE SERVICES SINCELEJO SAS	SINCELEJO	3165286514	3
CUIDAMED SAS	SINCELEJO	2808762	2

## RED DE PRESTADORES

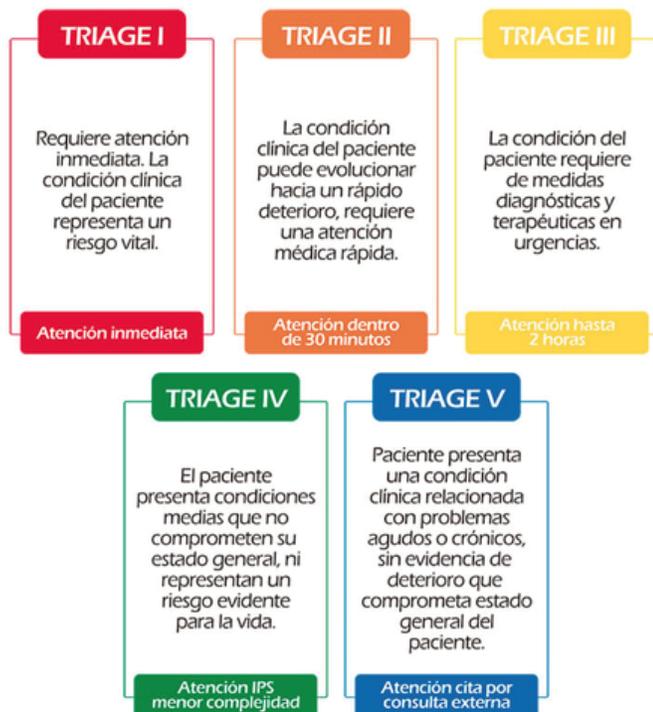
NOMBRE IPS	MUNICIPIO	TÉLEFONO	COMPLEJIDAD
ORAL CLINIC PLUS SAS	SINCELEJO	3002066888	2
UROMED SUCRE S A S	SINCELEJO	2817825	3
IPS BIOSALUD DE LA COSTA S A S	SINCELEJO	2765522	2
IPS CARDIOCENTRO PEDIATRICO DE SUCRE SAS	SINCELEJO	2714005	2
GASTROCENTRO SAS	SINCELEJO	2807683	3
INNOVAR MEDICAL SAS	SINCELEJO	2802348	3
IPS PUNTO VITAL SAS	SINCELEJO	2765425	2
CLINICA TU SALUD ORAL SAS	SINCELEJO	3017872814	2
FUNDACION PARA LA INTEGRACION Y DESARROLLO DE SUCRE	SINCELEJO	2769034	2
CENTRO DE REHABILITACION TERAPEUTICO INTEGRAL SAS - CERTI	SINCELEJO	2740058	2
911 ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA IPS SAS	SINCELEJO	3006096762	1
AMBULANCIAS AB IPS SAS	SINCELEJO	2765005	2
UNIDAD NEUMOLOGICA DE LA COSTA SAS	SINCELEJO	2714324 - 3186148243	2
CENTRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y FONOAUDIOLOGIA DE LA SABANA	SINCELEJO	2747992	2
IPS LA DIVINA MISERICORDIA SAS	SINCELEJO	3116692212	2
MEDIPOHDS	SINCELEJO	3157007205	2
HOSDISALUD HDS SAS	SINCELEJO	3117454618	2
UNION TEMPORAL VIVA SINCELEJO	SINCELEJO	3123825879	2
FUNDACION AZUL REY	SINCELEJO	3013474871	1
OXXISALUD SAS	SINCELEJO	3222460161	2
SANAR Y CURAR IPS SAS	SINCELEJO	3012720405	2
INTTEGRAL IPS SAS	SINCELEJO	3008331159	2
UT DISTRIUNION 2020	SINCELEJO	3124568976	2
EMERGENCY AT HOME SAS	SINCELEJO	2802076	2
HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE SENA DE SUCRE-SUCRE ESE SEDE PRINCIPAL	SUCRE	2879092	1
IPS SAN JOSE DE SUCRE SUCRE LTDA SEDE PRINCIPAL	SUCRE	2879306	1
CLINICA LA TRINIDAD IPS LTDA	TOLUVIEJO	3046390331	2
CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE TOLUVIEJO ESE SEDE PRINCIPAL	TOLUVIEJO	2948193	1

# 1.7. ATENCIÓN DE URGENCIAS

Cuando se presente una situación súbita que se derive de una enfermedad o accidente y que ponga en peligro la vida del afiliado.

En estos casos, diríjase a la Institución Prestadora de Servicios (IPS) más cercana y presente el documento de identidad. Al ingresar al servicio de urgencias le realizarán una valoración inicial llamada “Triage” que dependiendo de la gravedad de los síntomas se clasifican en 5 niveles de atención, lo que permite brindar atención oportuna a quien más lo necesita.

De acuerdo con la clasificación, el paciente recibirá atención así:



Si los síntomas llevan varios días solicite cita médica en el Centro Médico o con su médico general asignado.

En todo caso es el médico quien define la condición de atención de urgencias y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total

de la atención.

Cuando el médico considere que se trata de una atención inicial de urgencias el profesional de la IPS adscrita a EPS Familiar de Colombia emitirá un informe de atención que la institución deberá hacer llegar a la EPS dentro de las siguientes 24 horas de su ingreso a la institución.

## ¿Qué se debe hacer si presenta una urgencia?

Se debe acercar a cualquiera de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que se encuentran en la Red de Prestadores, disponible en esta cartilla y en la página web [www.comfasucre.com.co](http://www.comfasucre.com.co)

En todos aquellos casos de urgencia, la IPS debe informar a EPS Familiar de Colombia durante las 24 horas siguientes a la solicitud del servicio, para que conozca el caso y asuma su cobertura.

En las ciudades donde EPS Familiar de Colombia no tiene cobertura geográfica podrá acudir a cualquier IPS donde le deben brindar la atención que requiera. Estos servicios serán reembolsados a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud y Protección Social para el sector público, siempre y cuando haya sido autorizado expresamente por EPS Familiar de Colombia para una atención específica.

Usted también podrá comunicarse a través del conmutador 2799500 en Sincelejo o a la línea gratuita 018000180271 en el resto del país para recibir orientación frente al caso presentado.

## ¿Qué se debe hacer cuando de la atención de urgencias se deriva una hospitalización?

La EPS debe dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios dentro de los siguientes términos:

- a. Para la atención posterior a la atención inicial de urgencias: Dentro de las 2 horas siguientes al recibo de la solicitud.
- b. Para la atención de servicios adicionales: dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Si por orden o prescripción médica el afiliado debe permanecer hospitalizado más días de los autorizados inicialmente, se debe proceder de la misma manera que cuando se emitió la primera autorización.

# 1.8.

## PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

Los Programas de Estilos de Vida Saludable se encuentran encaminados a mejorar las condiciones de salud de nuestros afiliados, con el fin de propender por su autocuidado, evitar enfermedades o su evolución a estados más avanzados.

EPS Familiar de Colombia ofrece permanentemente y de manera gratuita, diferentes programas de promoción y prevención en salud, estos servicios son prestados en los Centros Médicos donde usted y su grupo familiar se encuentran asignados.

## VACUNACIÓN

### DIRIGIDA A

Niños menores de cinco (5) años de edad.  
Mujeres en edad fértil entre 10 a 49 años.  
Mujeres en estado de embarazo.  
Adultos mayores

### DESCRIPCIÓN

COMFASUCRE EPS, garantiza a sus afiliados el acceso a los servicios de vacunación sin barreras, con el objetivo de prevenir enfermedades o muertes que se pueden evitar.

### ACTIVIDAD

Recién nacido: BCG, Hepatitis B  
2 meses: Primera dosis de pentavalente (difterina, tosferina, tétanos, haemophilus influenzae, hepatitis B), polio oral, rotavirus, neumococo.  
4 meses: Segunda dosis de pentavalente (difterina, tosferina, tétanos, haemophilus influenzae, hepatitis B), polio oral, rotavirus, neumococo.  
6 meses: Tercera dosis de pentavalente (difterina, tosferina, tétanos, haemophilus influenzae, hepatitis B), polio oral. Primera dosis de influenza.  
7 meses: Segunda dosis de influenza.  
1 año: SRP (sarampión, rubeola, paperas), Dosis única de Varicela, refuerzo de neumococo, Dosis única de Hepatitis A.  
18 meses: Primer refuerzo de Polio, DPT (disferina, tosferina y tétano), Fiebre Amarilla (FA).  
5 años: Segundo refuerzo de polio, DPT (disferina, tosferina y tétano) y SRP (sarampión, rubeola, paperas).  
VPH (Virus del Papiloma Humano): niñas con 9 años cumplidos (2 dosis).  
Mujeres en edad fértil: Tétano y difterina (5 dosis).  
Gestantes: Influenza Estacional 1 dosis a partir de la semana 14 de gestación. TDAP (tétano, difterina, tosferina acelular) dosis única a partir de la semana 26 de gestación.  
Adultos mayores de 60 años: Influenza Estacional



## SALUD ORAL

### DIRIGIDA A

Dirigida a:  
Afiliados mayores de 2 años.

### DESCRIPCIÓN

Actividades encaminadas a disminuir la aparición de caries



### ACTIVIDAD

Control de Placa Bacteriana: Población mayor de 2 años. El objetivo es enseñar una adecuada técnica de cepillado.

Aplicación de flúor/ Flúor Tópico: Población entre 2 y 19 años de edad. EL objetivo es fortalecer los dientes.

Aplicación de Sellantes: Población entre 3 y 15 años de edad. El objetivo es curar la superficie de los dientes que se ha deteriorado por la caries.

Detartraje Supragingival: Población mayo de 12 años de edad. El objetivo es remover los cálculos o placa endurecida en los dientes.

## DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

### DESCRIPCIÓN

EPS Familiar de Colombia, cuenta con el Departamento de Seguimiento al Riesgo, el cual tiene como objetivo articularse con las instituciones de salud, para garantizar el acceso de la gestante a los servicios que sean requeridos.

Se garantiza que las gestantes tengan acceso sin barreras a los controles prenatales, laboratorios clínicos, ecografías obstétricas, multivitamínicos, valoraciones odontológicas, valoración ginecobstétrica, Vacunación, atención del parto y el recién nacido.

### ACTIVIDAD

Captación, identificación y educación a la gestante a través de controles prenatales, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, cursos psicoprofilácticos y seguimiento por parte de la EPS.

Con el objetivo de orientar sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, hábitos alimenticios saludables, ejercicios, convivencia en pareja, estimulación temprana y otros temas que permiten que nuestras afiliadas tengan un buen embarazo.



## PLANIFICACIÓN FAMILIAR

### DESCRIPCIÓN

Brinda a mujeres y hombres, información, educación y asesoría sobre los métodos de planificación familiar apropiados para sus necesidades y referencias, teniendo en cuenta sus condiciones corporales y psicológicas.

Con el objetivo de fomentar la paternidad y maternidad responsable, junto al libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.



### ACTIVIDAD

Consulta por primera vez para elección del método de planificación familiar y controles para suministro del método elegido.

Aplicación de dispositivo intrauterino.

Esterilización quirúrgica: Ligaduras de trompas de Falopio o vasectomía.

Métodos orales e inyectables.

Métodos de emergencia.

## ATENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECIFICA

### DESCRIPCIÓN

Todos los nacimientos deben ser remitidos para ser atendidos en Instituciones de salud de I y II Nivel de atención, con el fin de proteger la vida de la madre y del recién nacido.

### ACTIVIDAD

Atención del parto y el recién nacido.  
 Cesárea en caso de ser necesario.  
 Consulta de control post-parto  
 Exámenes de laboratorio  
 Atención integral del recién nacido.  
 Aplicación de vitamina K al recién nacido.  
 Aplicación de vacunas.  
 Control del menor en las primeras 72 horas de vida.



## DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 10 AÑOS

### DESCRIPCIÓN

Se debe asistir a una consulta con medicina general, que permitirá identificar si hay alguna alteración del desarrollo del niño, con el fin de tomar las medidas necesarias para tratarlas a tiempo. Además los padres y/o cuidadores serán educados sobre pautas de crianza y cuidado de sus hijos.

### ACTIVIDAD

Consulta de primera vez por medicina general.  
 Consulta de controles por enfermería.  
 Análisis del peso y talla con relación a la edad.  
 Seguimiento al esquema de vacunación, consulta odontológica, tamizaje visual.  
 Fomento del autocuidado, prevención del maltrato y estilos de crianza.  
 Prevenciones de enfermedades y sus complicaciones.



## DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL JOVEN (HOMBRE Y MUJERES DE 10 A 29 AÑOS)

### DESCRIPCIÓN

Actividades enfocadas a garantizar la detección e intervención temprana de los factores de riesgo, problemas de salud prioritarios, así como para brindar información y orientación sobre la protección de la salud.

### ACTIVIDAD

Consulta de primera vez por medicina general: Se busca evaluar la situación personal del joven, su estilo de vida, conductas, hábitos, antecedentes y proyección, con el fin de elaborar de manera conjunta y con participación de la familia, un plan de intervención de los factores de riesgo identificados y la formulación del proyecto de vida. Toma de exámenes de hemoglobina para las niñas entre 10 y 13 años de edad: El objetivo es identificar a tiempo anemias, que comúnmente se presentan a esta edad.



## DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO MAYOR (HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS)

### DESCRIPCIÓN

Se busca identificar de manera oportuna la aparición de enfermedades propias de la edad para ofrecer el diagnóstico y control de los factores de riesgo, así como su tratamiento y rehabilitación.



### ACTIVIDAD

Consulta de medicina general cada 5 años hasta los 80 años de edad.

Exámenes de laboratorio: Colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, parcial de orina, glicemia, creatinina, tamizaje visual, así como el fomentos de factores protectores alimentación, actividad física, actividad de tiempo libre, prevención de cáncer de próstata, cáncer de mama y cáncer de cuello uterino.

## DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO

### DESCRIPCIÓN

Una vez al año toda mujer con vida sexual activa, debe realizarse una citología cervicouterina o tamizaje del PVH.

Las mujeres entre 40 y 64 años de edad deben realizarse cada dos años una mamografía. Con el objetivo de detectar oportunamente posible aparición de cáncer.

### ACTIVIDAD

Citología cervicouterina

Colposcopia

Prueba Virus del Papiloma Humano (VPH)

Biopsia



## DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL

### DESCRIPCIÓN

Esta actividad se desarrolla con el propósito de detectar oportunamente alteraciones en la visión.



### ACTIVIDAD

Tamizaje visual a todos los afiliados de en las siguientes edades:

4 años

11 años

16 años

45 años

Consulta de oftalmología a todos los afiliados en las siguientes edades:

55 años

65 años

70 años

75 años

80 años

85 años

## MEDIOS DE CONTACTO Y ACCESO A SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

EPS Familiar de Colombia cuenta con oficinas de atención al afiliado en cada municipio con cobertura de afiliados también con mecanismos y canales presenciales y no presenciales a los cuales puede acudir para que le sea brindada la información que demande en torno a la prestación de los servicios, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos o no en el Plan de beneficios. Así mismo se recibirá quejas y formulará soluciones concretas y ágiles al afiliado o paciente.

Los afiliados cuentan con los siguientes medios para acceder a información sobre los servicios y puntos de atención, así como para comunicarnos sus inquietudes, entre otros:

- Línea Nacional Gratuita: 018000 180271. Disponible las 24 horas los 365 días del año.
- Línea celular disponible las 24 horas: 3045411295
- Buzón de PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias): Ubicados en las oficinas Municipales de la EPS Familiar de Colombia y Red de IPS contratada.
- Correos institucionales: Tener en cuenta Contactos Administrativos Funcionarios EPS Familiar de Colombia
- Centros de Contactos: Oficinas de atención al afiliado en los municipios con cobertura de afiliados:

### DIRECTORIO DE CONTACTOS

OFICINA	FUNCIONARIO	TELEFONO	EXT	E-MAIL
Departamento de Seguimiento al Riesgo	Edgardo Araujo	3107062333		edgardo.monterrosa@comfasucre.com.co
Departamento de Atención al Afiliado	Marlyn Mejía	3107062347		marlyn.mejia@comfasucre.com.co
Departamento de Administración de Red	Carlos Arturo Tirado	2799500	1086	red.salud@comfasucre.com.co
Departamento de Auditoría Médica y Calidad	Liliam Herazo	2799500	1089	liliam.herazo@comfasucre.com.co
Afiliación y Registro	Diana Rodríguez Yuranis Linero	3045417643		diana.rodriguez@comfasucre.com.co Yuranis.linero@comfasucre.com.co
Referencia y Contrareferencia	Eliana Chacón	3045411295		referencia.contrareferencia@comfasucre.com.co
Portabilidad.	Kelly Salgados	3113648285		portabilidad.eps@comfasucre.com.co

#### BETULIA

Promotor: Marety Villadiego  
 Correo Electrónico:  
 oficina.betulia@comfasucre.com  
 Celular: 3107062335  
 Dirección: Transversal 9 A # 10 A-02

#### COLOSÓ

Promotor: Yiseth Puello  
 Correo Electrónico:  
 oficina.coloso@comfasucre.com  
 Celular: 3145575713  
 Dirección: Cra 5 #6-4 CII Real

#### COROZAL

Promotores: Lina Garrido – Ingrid López  
 Correo Electrónico:  
 oficina.corozal@comfasucre.com  
 Celular: 3107062339  
 Dirección: CII 23 #32-43 B/ san juan

## COVENAS

Promotor: Arnedis López Posso  
Correo Electrónico:  
oficina.covenas@comfasucre.com  
Celular: 3145189806  
Dirección: Sector el Campano

## EL ROBLE

Promotores: Maira Hernández – Rafael Carmona  
Correo Electrónico:  
oficina.elroble@comfasucre.com  
Celular: 3107062353  
Dirección: Cra 6#5-25 Calle las peñitas

## GALERAS

Promotor: Carmen Díaz  
Correo Electrónico:  
oficina.galeras@comfasucre.com  
Celular: 3107063555  
Dirección: Diagonal 10 Cll 9-86B Cll el Mosquito.

## GUARANDA

Promotor: Enriqueta Julio  
Correo Electrónico:  
oficina.guaranda@comfasucre.com  
Celular: 3145971239  
Dirección: Cra 8 # 6-35 Cll 20 de Julio

## LOS PALMITOS

Promotores: María Díaz Castro – Adriana Salgado  
Correo Electrónico:  
oficina.lospalmitos@comfasucre.com  
Celular: 3107079711  
Dirección: Cra 11 cll4-42 B/ Jardín

## MAJAGUAL

Promotor: Violeth Rodríguez  
Correo Electrónico:  
oficina.majagual@comfasucre.com  
Celular: 3167449270  
Dirección: Calle Principal

## MORROA

Promotor: Eder Arroyo  
Correo Electrónico:  
oficina.morroa@comfasucre.com  
Celular: 3107062326  
Dirección: Cll 10 #5-34 local 01 B/ Palito

## OVEJAS

Promotor: Amalia Torres  
Correo Electrónico:  
oficina.ovejas@comfasucre.com  
Celular: 3107063569  
Dirección: Antiguo teatro municipal Cra 15-18

## SAN ANTONIO DE PALMITO

Promotores: Lineth Serpa – Marisol Martínez  
Correo Electrónico:  
oficina.palmito@comfasucre.com  
Celular: 3107063558  
Dirección: Cll el limón 7-4 a # 64

## SAMPUÉS

Promotores: María Isabel Madrid – Karen Quintero  
Correo Electrónico:  
oficina.sampues@comfasucre.com  
Celular: 3107062358  
Dirección: Cll 21 # 22-44 B/ Millan Vargas

## SAN BENITO ABAD

Promotor: Eliseo Villareal  
Correo Electrónico:  
oficina.sanbenito@comfasucre.com  
Celular: 3167446541  
Dirección: Cll 11 Cra 15-64 B/ Palo Alto

## SAN MARCOS

Promotores: Ángela Herazo – Faustino Pulido  
Correo Electrónico:  
oficina.sanmarcos@comfasucre.com  
Celular: 3107062324  
Dirección: Cra 26 # 19-63 Centro

## SAN PEDRO

Promotor: Libia Puello  
Correo Electrónico:  
oficina.sanpedro@comfasucre.com  
Celular: 3145576998  
Dirección: Cll real Cra 12 # 26-64

## SINCÉ

Promotor: Yarel Díaz  
Correo Electrónico:  
oficina.since@comfasucre.com  
Celular: 3145573207  
Dirección: Cll principal Cra 11 #19

## SUCRE

Promotor: Gisela Martínez  
Correo Electrónico:  
oficina.sucra@comfasucre.com  
Celular: 3145971241  
Dirección: Cll san salvador Cra 2a # 12 – 70

## TOLÚ

Promotoras: Yolima Torres y Yoheidis Ricardo  
 Correo Electrónico:  
 oficina.tolu@comfasucre.com  
 Celular: 3145574455  
 Dirección: Cra 9 Cll 16-81 La Circunvalar

## TOLUVIEJO

Promotor: Sandra Blanco  
 Correo Electrónico:  
 oficina.toluviejo@comfasucre.com  
 Celular: 3145578217  
 Dirección: Transversal 4 # 3-227 Cll San José

Las peticiones, quejas y reclamos presentados por los afiliados son gestionadas de manera oportuna por el equipo responsable de ello. Las quejas de mayor complejidad o que por volumen afecten en mayor grado a los usuarios reciben el trámite correspondiente, en donde el equipo de Atención al Afiliado, analiza cada petición con el fin de tomar decisiones de impacto que garanticen la satisfacción y calidad en la atención de nuestros afiliados. La respuesta pertinente a cada caso, se remite al afiliado en el término definido en los estándares de oportunidad.

# 1.10. ACCESO A SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (NO PBS)

Ahora tu acceso a los servicios no cubiertos por PBS será más fácil, gracias al aplicativo MIPRES, regulado por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

En este nuevo proceso que reemplaza el CTC, empodera al profesional de la salud en la prescripción de este tipo de servicios (NO PBS). Se sigue garantizando el acceso a Los servicios y fortaleciendo los canales de comunicación, buscando evitar desplazamientos a las plataformas de atención o demás trámites operativos para los usuarios.

- A través de Mipres, ahora su médico, odontólogo, optómetra o nutricionista podrán prescribirle sin necesidad de autorización.
- El profesional de la salud que le prescribe, le entregará la fórmula o un plan de manejo con un número de

prescripción.

- La EPS deberá informarle dónde le suministrarán el servicio o tecnología.
- Espere máximo cinco días para que la EPS le suministre el servicio o tecnología.

# 1.11. TRANSPORTE Y ESTADÍA

El Plan de Beneficios de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.
- Entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están

siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.

Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el afiliado deba trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el plan de beneficios en salud, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.

En caso que un afiliado requiera servicio de transporte, puede acercarse a la oficina de Atención al Usuario en su municipio para presentar el requerimiento el cual será autorizado siempre y cuando el servicio que requiere no se ofrezca en el municipio donde está siendo atendido y cumpla con los requisitos para acceder a estos.

Para la autorización de servicios de transporte, se tendrá en cuenta los lineamientos estipulados en normatividad vigente.

**Transporte de cadáveres:** El transporte o traslado de cadáveres así como los Servicios funerarios no se encuentran cubiertos con cargo a la UPC.

## 1.12. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AFILIACIÓN Y ASEGURAMIENTO

### ¿Qué es el Régimen Subsidiado?

Es el mecanismo mediante el cual la población vulnerable, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través del subsidio que ofrece el Estado.

Está dirigido a las familias que no tienen capacidad de cotizar, clasificados en niveles 1 y 2 del Sisbén y la población especial identificada en los siguientes listados censales:

- Población infantil abandonada a cargo del ICBF o bajo protección especial.
- 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 (GITANOS).
- Personas Incluidas del Programa de protección a testigos.
- Víctimas del Conflicto armado de conformidad a lo establecido en la Ley 1448 de 2011.
- Población migrante colombiana repatriada o que ha

retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana Venezuela y su núcleo familiar.

- Población Habitante de la calle.
- Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden Departamental, distrital o municipal que no cumplen con las condiciones para cotizar al SGSSS.
- Personas incluidas del programa de protección a testigos.
- Personas que dejan de ser madres comunitarias o madres sustitutas y sean beneficiarias del subsidio de subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en términos de la Ley 1450 de 2011 y 111 de la Ley 1769 de 2015.

### Cómo afiliarse al régimen subsidiado:

- Tener aplicada la encuesta del Sisbén
- Estar dentro de los rangos establecidos (nivel 1 o 2 del Sisbén).
- Escoger libremente la EPS que está autorizada para operar en el municipio.

Las poblaciones especiales no requieren la encuesta del Sisbén, en este caso el listado de beneficiarios es suministrado por autoridades o entidades especiales, como gobernadores de Cabildos Indígenas, Departamento de Prosperidad Social, El Ministerio del Interior, ICBF, entre otros.

#### Ciudadanos con encuesta Sisbén entre niveles 1 y 2

0,00 a 47,99.....NIVEL 1.

48,00 a 54,86.....NIVEL 2.

#### Recién nacido con madre o padre afiliado a la EPS

- Fotocopia del documento de identidad del padre que vaya a realizar la afiliación.
- Registro civil de Nacimiento del Menor.
- Foto copia del documento de identidad del ciudadano que requiera la afiliación y/o traslado de acuerdo a la edad.

Tenga en cuenta: Toda afiliación está sujeta a verificación en la base de datos Única de Afiliación-BDUA-ADRES- a Nivel Nacional y Comprobador de Derechos de la Secretaria de Salud a nivel Distrital.

Si el proceso de afiliación o traslado se realiza del día 1 a 5 de cada mes, se hará efectivo el mes siguiente.

Si se hace después del día 5 del mes, el traslado se hará efectivo a partir del primer día calendario del mes subsiguiente.

En caso de que la afiliación la realice un tercero en representación del ciudadano debe existir carta de autorización y documento de identidad.

Todos los documentos para la afiliación deben ser legibles, sin tachones ni enmendaduras.

Los ciudadanos no podrán encontrarse afiliados a una EPS Contributiva.

### ¿Quiénes se pueden afiliar como cotizantes al Régimen Contributivo?

Es el mecanismo mediante el cual la población vulnerable, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través del subsidio que ofrece el Estado.

Está dirigido a las familias que no tienen capacidad de cotizar, clasificados en niveles 1 y 2 del Sisbén y la población especial identificada en los siguientes listados censales:





## ¿A quién puede afiliar el cotizante?

- a. Cónyuge o compañero(a) permanente. Incluyendo las parejas del mismo sexo.
- b. Hijos menores de 25 años, siempre y cuando dependan económicamente del afiliado cotizante.
- c. Hijos de cualquier edad, si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado cotizante.
- d. Los hijos del cónyuge o compañero (a) permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas anteriormente.
- e. Los hijos de los beneficiarios, hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición.
- f. Los 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 protestad o la ausencia de éstos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan económicamente de éste.
- g. A falta de cónyuge y de hijos, podrán ser beneficiarios los padres del afiliado que no estén pensionados y que dependan económicamente del cotizante.
- h. Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente.

También se pueden afiliar como beneficiarios adicionales y que dependan económicamente del cotizante a sus parientes hasta cuarto grado de consanguinidad o

segundo de afinidad para lo cual deberá pagar un valor adicional a la cotización, el cual se reajusta anualmente.

## ¿Cómo realizar una afiliación?

Para hacer una nueva afiliación o incluir algún beneficiario, usted debe:

### Paso 1

Diligenciar el formulario de afiliación, relacionando a cada uno de los miembros de su grupo familiar que desee inscribir.

### Paso 2

Anexar los documentos solicitados para acreditar el parentesco con sus beneficiarios, así:

- La calidad de cónyuge, se acreditará con el Registro Civil de Matrimonio.
- La calidad de compañero o compañera permanente se acreditará de acuerdo con lo establecido en el decreto 780 de 2016, bajo las directrices de la Ley 979 de 2005 en su artículo 4, bajo el cumplimiento de los siguientes:

Por escritura pública ante notario por mutuo

- consentimiento de los compañeros permanentes. Por acta de conciliación suscrita por los compañeros
- permanentes, en centro legalmente constituido (el centro de conciliación, el notario, o el juez de familia,

estudia y declara la existencia de la Unión Marital de

- Hecho por acta de conciliación, escritura pública, o sentencia, respectivamente, según la autoridad ante la cual hayan realizado dicha solicitud).
- Por sentencia judicial, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados por el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los jueces de familia.

En caso de darse la necesidad de terminar la unión marital, es necesario para la exclusión del cónyuge cumplir con lo siguiente:

- Por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes elevado a escritura pública ante notario.
- De común acuerdo entre compañeros permanentes, mediante acta suscrita ante un centro de conciliación legalmente reconocido.
- Por sentencia judicial.
- Por la muerte de uno o ambos compañeros
- La calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, se acreditará con los registros civiles correspondientes.
- La calidad de hijo adoptivo mediante el certificado de adopción o acta de entrega del menor, emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o entidad autorizada.
- La incapacidad permanente de los hijos mayores de veinticinco (25) años se acreditará mediante el dictamen emitido por la EPS.
- La calificación de invalidez la realiza la entidad competente (ARL AFP).
- La expedición de certificados de discapacidad se realiza de acuerdo a lo definido en la Circular Externa 09 de 6 de octubre del 2017, para lo cual el afiliado realiza solicitud por la línea de atención definidas para procesos de medicina laboral anexando copias recientes de historia clínica que describan la discapacidad.
- La condición para los afiliados relacionados en el numeral F del punto anterior, se acreditará con el documento en 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 menores en custodia legal con la orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente.

### Paso 3

Radical el formulario y los documentos en la EPS.

## Sistema de Afiliación Transaccional - SAT

El Ministerio de Salud y Protección Social anunció la puesta en marcha de un sitio web para facilitar a los usuarios del Sistema de Salud, cambiar de EPS en internet. Este proceso administrativo, que antes debía realizarse en persona ante cada EPS, ahora podrá adelantarse en línea, sin requerir el diligenciamiento del formulario ni su presentación.

La herramienta recibió el nombre de Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) y para hacer uso de este servicio los interesados deberán estar registrados, mediante la creación de un usuario y la asignación de una clave, en el portal “Mi seguridad social”, haciendo clic en el siguiente link [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co)

Cuando las personas no puedan acceder a la plataforma para realizar los trámites en el SAT, lo podrán hacer con el diligenciamiento del formulario físico, sin que bajo ninguna circunstancia se pueda afectar el acceso a los servicios de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, informó que los interesados en cambiarse de asegurador deberán cumplir una de las siguientes condiciones:

- Estar afiliado mínimo durante 360 días a su EPS actual.
- En el caso que no esté unificado su grupo familiar.
- Cuando su EPS ya no presta servicio en donde reside.

## ¿Qué es el portal “Mi Seguridad Social”?

Es una página creada con el propósito de facilitar a los ciudadanos la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a los afiliados el reporte de sus novedades.

Como afiliado, tiene disponible la consulta del estado actual de su afiliación, el historial de inscripciones que haya realizado a diferentes EPS, el reporte de traslado para usted y todo su grupo familiar, entre otras. Por su parte, los empleadores, entidades e instituciones pueden registrar el rol de empleador –persona jurídica– y el rol de empleador – persona natural –.

## ¿Cómo puedo registrarme?

Para registrarse en el portal debe tener a la mano su documento de identidad y completar los cuatro pasos que se muestran a continuación:

### Paso 1

Registro de datos básicos.

### Paso 2

Validación de identidad

### Paso 3

Radicar el formulario y los documentos en la EPS.

### Paso 4

Creación de usuario

Para registrarse como empleador es importante que ya tenga un registro como ciudadano y que sea el Representante Legal Principal de la empresa, entidad o institución que va a registrar.

## ¿Qué encuentro en la zona de ayuda?

En la zona de ayuda encontrará diferentes opciones que lo guiarán en la interacción con el portal. Los instrumentos y documentos dispuestos son:

- Tutorial de ayuda
- Glosario de términos
- Videos

## ¿Cómo puedo contactarlos?

Si tiene preguntas e inquietudes frente al portal “Mi Seguridad Social”, o en relación a la información sobre el proceso, podrá comunicarse por cualquiera de estos medios que puso a disposición el Ministerio de Salud y Protección Social:

### *Ministerio de Salud y Protección Social:*

Vía telefónica: Bogotá: (57-1) 5893750 -

Línea gratuita nacional 01 8000 96 00 20 - Ministerio de Salud y Protección Social.

Mesa de ayuda: [miseguridadsocial@minsalud.gov.co](mailto:miseguridadsocial@minsalud.gov.co)

Punto de atención Ministerio de Salud y Protección Social:  
Carrera 13 No. 32-76 piso 1 Código postal 110311 – Bogotá

Horarios de atención Ministerio de Salud y Protección Social:

Presencial: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. en jornada continua

Vía telefónica / Mesa de ayuda: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. / sábados de 8:00 a. m. a 1 p. m.

## ¿Qué es la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Es el aporte obligatorio que con base en el ingreso mensual, hacen los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo.

## ¿Cuál es el monto de la cotización en salud?

Actualmente para trabajadores dependientes e independientes es del 12.5% del ingreso base de cotización, para pensionados es el 12%. En el caso del trabajador dependiente, la empresa asume el 8.5% y el trabajador cotizante el 4%. En el caso de independientes la cotización del 12.5% la asume integralmente el cotizante y los pensionados asumen en su totalidad el 12%.

## ¿Cuándo se debe realizar el pago de los aportes en salud?

El pago de los aportes al régimen contributivo se debe realizar en los plazos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con los últimos dígitos del NIT o documento de identificación del empleador o el cotizante independiente, así:

Es importante tener en cuenta que de no realizar el pago dentro de las fechas establecidas, habrá lugar al cobro de intereses de mora en el pago de los aportes y suspensión de la afiliación para acceder a las prestaciones contempladas en el Plan de Beneficios conforme a lo establecido en el Decreto 2353 de 2015.

## ¿Cómo se realiza el pago de los aportes en salud?

El pago se realiza a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Los Operadores de

Información son las entidades responsables de permitir al aportante (dependiente, independiente, entidades pensionales, etc.) el acceso a la PILA a través de su portal en Internet o del Call Center, sirviendo de intermediarios entre los aportantes y las administradoras (EPS, ARL, etc.). El listado de los Operadores de Información con los datos de contacto de los mismos se encuentra en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando los trabajadores independientes realicen la afiliación por primera vez o cuando reanuden el pago de las cotizaciones de acuerdo con lo definido en el decreto 780 de 2016, podrán efectuar el pago proporcional a los días objeto de cotización.

### DÍA HÁBIL DOS ÚLTIMOS DÍGITOS DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2	00 al 07
3	08 al 14
4	15 al 21
5	22 al 28
6	29 al 35
7	36 al 42
8	43 al 49
9	50 al 56
10	57 al 63
11	64 al 69
12	70 al 75
13	76 al 81
14	82 al 87
15	88 al 93
16	94 al 99

## ¿Cómo puedo contactarlos?

Se suspende la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por el no pago de dos períodos consecutivos de la cotización.

Así mismo, se suspende la afiliación cuando no se presentan los soportes exigidos para acreditar la condición de beneficiario, o cuando el afiliado cotizante

incluya dentro de su grupo a un beneficiario adicional y no pague el valor correspondiente a la Unidad de Pago por Capitación.

## ¿Qué efectos tiene la mora en las cotizaciones?

Cuando el empleador realice el descuento del aporte del trabajador y no efectúe el pago de los aportes, la EPS deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud 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. Los costos derivados de la atención en salud estarán a cargo del empleador, para lo cual la EPS cubrirá los costos y cobrará al empleador. Para tal efecto, el trabajador deberá presentar el desprendible de pago o su documento equivalente en el que conste que le ha sido descontado el aporte a su cargo.

Cuando el empleador no haya cumplido con la obligación de efectuar el descuento del aporte del trabajador y se encuentre en mora, durante el período de suspensión de la afiliación, la EPS no estará obligada a asumir la prestación de los servicios de salud, salvo que se trate de la atención de gestantes y de menores de edad.

Los servicios que demanden serán cubiertos en su totalidad por el empleador, sin perjuicio de la obligación de pago de las cotizaciones adeudadas y de los intereses de mora correspondientes.

Al cotizante independiente se le garantizará la continuidad de la prestación de servicios de salud, así como a los integrantes de su núcleo familiar, cuando éstos se encuentren en tratamiento en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias por 4 períodos consecutivos de mora.

## Incapacidades

Se entiende por Incapacidad, el estado de inhabilidad física o mental de un trabajador que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio habitual.

Las incapacidades laborales tienen origen en:

- Enfermedad general.
- Riesgos laborales (accidente de trabajo y enfermedad laboral).

La incapacidad por enfermedad general es asumida por la EPS y tienen derecho a su reconocimiento económico los afiliados que hayan cotizado por un período mínimo de cuatro semanas en forma ininterrumpida y completa al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las incapacidades por enfermedad general se liquidan con el ingreso base de cotización reportado por el aportante en el mes calendario de cotización anterior a la fecha de inicio de la incapacidad. En caso de salario variable, se tendrá como base el salario promedio devengado en los doce meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad o todo el tiempo si este fuere menor. Las EPS no reconocen los dos (2) primeros días de incapacidad por enfermedad general.

Comprobada la incapacidad para laborar, el afiliado tiene derecho a que se le reconozcan hasta 180 días, liquidados a las dos terceras partes del ingreso base de cotización los primeros noventa días y, al 50% del salario entre el día 91 y el día 180.

Cuando se presenta prórroga de una incapacidad inicial por la misma patología o sus complicaciones, no debe haber transcurrido más de treinta (30) días con respecto a la fecha de finalización de la anterior incapacidad.

NOTA: No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad

Social en Salud, cuando estas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentren excluidos en el plan de beneficios y sus complicaciones.

## Licencias de Maternidad y Paternidad

### Licencia de Maternidad:

Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de maternidad de 18 semanas en parto único, la cual disfrutará de la siguiente manera:

Licencia de maternidad preparto: Será de una (1) semana con anterioridad a la fecha probable del parto debidamente acreditada por el médico especialista tratante, esta semana se debe tomar de manera obligatoria. Si por alguna razón médica la futura madre requiere una semana adicional previa al parto podrá gozar de las dos (2) semanas, con dieciséis (16) posparto. Si en caso diferente, por razón médica no puede tomarla semana previa al parto, podrá disfrutar las dieciocho (18) semanas en el posparto inmediato.

Licencia postparto: Esta licencia tendrá una duración normal de diecisiete (17) semanas contadas desde la fecha del parto, o de dieciséis (16) o dieciocho (18) semanas por decisión médica, de acuerdo a lo previsto en el punto anterior.

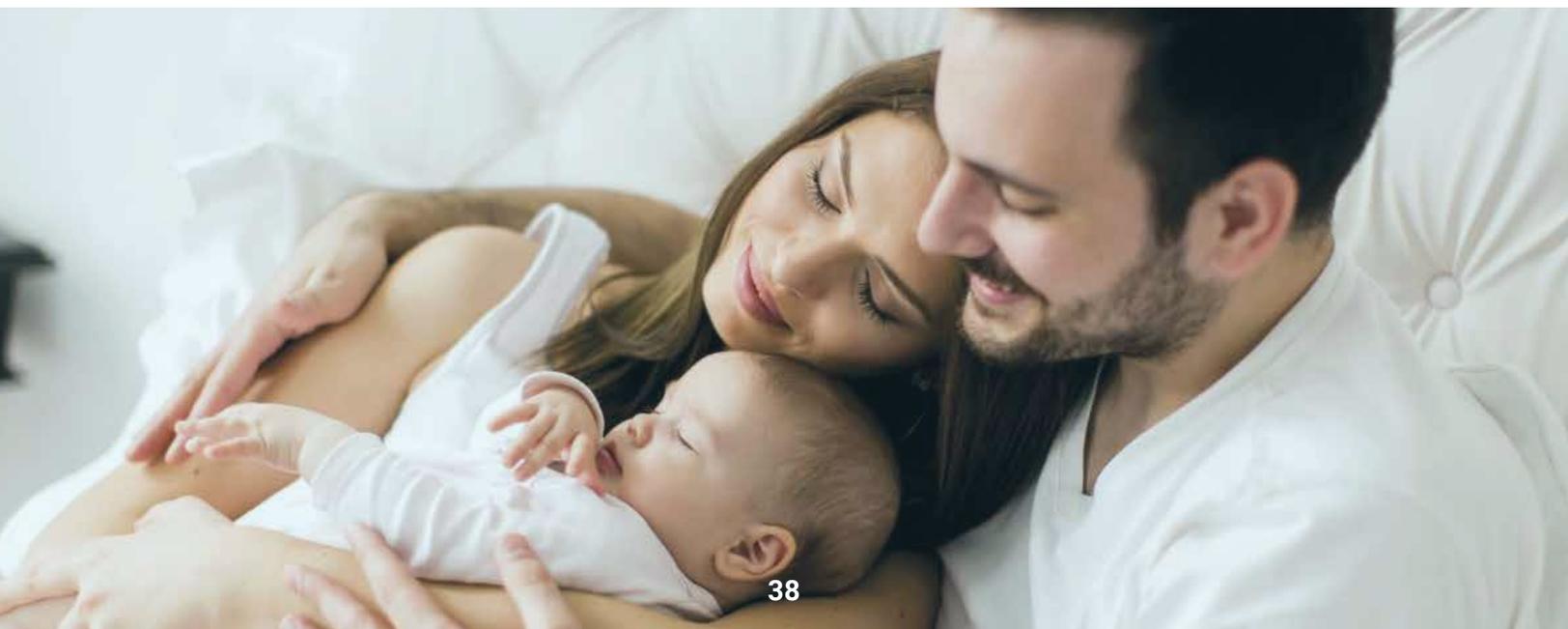
Cuando se trate de parto múltiple, la licencia se ampliará en (2) semanas más. Cuando se trate de parto prematuro, la licencia será de dieciocho (18) semanas más las faltantes para cumplir la fecha probable de parto que certifique el médico tratante.

La licencia será remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia si se trata de un salario fijo. En caso de salario variable, se tendrá como base el salario promedio devengado en los doce meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia o todo el tiempo si este fuere menor.

Para acceder al derecho de la prestación económica se requiere que la afiliada sea cotizante, que a la fecha del parto haya cotizado ininterrumpidamente por un período igual o superior al período de gestación y estar al día en los pagos con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es requisito aportar el Registro Civil de Nacimiento o Certificado de Nacido Vivo y la Certificación del médico especialista indicando la edad gestacional a la fecha del nacimiento y la fecha probable de parto.

Para cotizantes independientes que no cumplan con el período mínimo de cotización y cuyo ingreso base de cotización sea igual o inferior a un salario mínimo mensual legal vigente (1 SMMLV), la licencia de maternidad será reconocida bajo las normas establecidas en la Ley 1822 de 2017, Decreto 2353 de 2015 y Decreto 780 de 2016.



## Licencia Remunerada de Paternidad:

Todo trabajador cuyo cónyuge o compañera permanente haya tenido un hijo, tiene derecho a disfrutar de la licencia remunerada de paternidad. Para adquirir este derecho se exige al padre como período mínimo de cotización el mismo periodo de gestación del recién nacido. El padre tiene derecho a que se le reconozcan ocho (8) días hábiles de licencia remunerada. La licencia se disfruta a partir del nacimiento del hijo y el plazo para su trámite es de 30 días siguientes a esta fecha.

El plazo máximo para el trámite administrativo es de (30) días hábiles a partir de la fecha de nacimiento del bebé.

Importante: Se recuerda que para acceder al respectivo reconocimiento económico por licencia de paternidad, no aplica reconocimiento proporcional.

Si se ha presentado inoportunidad en el pago de las cotizaciones, habrá lugar al reconocimiento y pago de esta licencia, siempre y cuando a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones en mora junto con los intereses de mora respectivos.

Es requisito aportar el Registro Civil de Nacimiento y la Certificación del médico especialista indicando la edad gestacional a la fecha del nacimiento.

## Riesgos Laborales

Las incapacidades en riesgo laboral pueden ser por accidentes que se producen como consecuencia directa del trabajo o labor que desempeña y por enfermedad que haya sido catalogada como laboral por el Gobierno Nacional y que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador.

La incapacidad por Riesgos Laborales se valida y expide en la EPS; la prestación económica está a cargo de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la cual tiene el empleador afiliados a sus trabajadores, siendo reconocida al 100% a partir del día siguiente del evento.

Una vez se reconozca como laboral el evento en salud (accidente o enfermedad) el cotizante tendrá derecho a prestaciones asistenciales tales como asistencia médica, quirúrgica, terapéutica, hospitalización, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, suministro de medicamentos, prótesis y rehabilitación, entre otros, relacionados con esta patología.

### *Requisitos y procedimiento para tramitar la Incapacidad y la Licencia*

Todas las incapacidades o licencias que hayan sido generadas por los médicos tratantes a los usuarios de EPS Familiar de Colombia, deben ser presentadas para la respectiva validación de requisitos y verificación de derechos en la oficina principal de EPS Familiar de Colombia, en la ciudad de Sincelejo.

## Accidentes de Tránsito

En caso de accidente de tránsito, EPS Familiar de Colombia únicamente autorizará el cubrimiento de los servicios que se generen cuando los mismos excedan el tope de 800 SMLMV al momento del accidente y por cada persona lesionada. Los servicios que estén por debajo de este tope deberán ser cubiertos por la póliza del SOAT del o de los vehículos involucrados y el ADRES.

## Reporte de Novedad del Grupo Familiar y Traslados

Cualquier novedad que modifique la afiliación del cotizante y/o de alguno de los beneficiarios, debe ser informada por el cotizante oportunamente a la EPS. Para ello debe acercarse a uno de nuestros puntos de atención, diligenciar el formato "Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS" y radicarlo junto con los documentos soportes de la novedad que esté reportando.

El período mínimo de cotización en el Régimen Contributivo se define como el número mínima de semanas que debe cotizar el afiliado, para acceder a algunos servicios de alta complejidad o prestaciones económicas.

No existe restricciones en los servicios de salud cuando el afiliado se traslade de EPS. Usted tiene derecho a cambiar libremente de entidad promotora de salud después de que el grupo familiar (a excepción de los menores de un año) haya cumplido un periodo mínimo de 12 meses de afiliación.

Para realizar el traslado debe diligenciar el formulario de afiliación de la EPS a la cual desea trasladarse, indicando la EPS a la cual se encuentra afiliado actualmente o la última EPS a la que se afilió.

## Libre Escogencia de EPS y de IPS

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud la elección de la EPS la realiza directamente el afiliado de manera libre y voluntaria. Si el afiliado desea trasladarse de EPS debe cumplir los requisitos establecidos en la normatividad vigente:

- Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos (360) días continuos o discontinuos a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de inscripción del afiliado cotizante. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario.
- No estar el afiliado cotizante o alguno de sus beneficiarios internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el grupo familiar que tenga registrado en la EPS de la que se va a trasladar.
- El trabajador independiente debe estar al día con el pago de sus cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tenga en cuenta que cuando se opte por realizar el traslado de EPS, cualquier trámite cuenta con un tiempo de formalización ante la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA. Por lo anterior, bien sea mediante la radiación del formulario único de afiliación y novedades en

la EPS de su elección o a través de la página [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co), lo que determina el acceso a lo ofrecido en el Plan de Beneficios en Salud, acorde a la fecha de inicio de vigencia.

Al momento de la afiliación el usuario puede elegir la red de atención primaria ambulatoria más cercana a su lugar de residencia, dentro de las opciones ofrecidas por EPS Familiar de Colombia .

## Portabilidad

La portabilidad es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud.

EPS Familiar de Colombia garantizarán a sus afiliados el acceso a los servicios de salud, en un municipio diferente a aquel donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria, cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias, producto de la emigración ocasional, temporal o permanente de un afiliado:

### Emigración ocasional:

Entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.

### Emigración temporal:

Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan de Beneficios de Salud en la red correspondiente.

### Emigración permanente:

Cuando la emigración sea permanente o definitiva para

el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una EPS que opere el respectivo régimen en el municipio receptor. Cuando la emigración temporal supere los doce 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.

Usted puede realizar su solicitud de portabilidad por los siguientes medios:

- A través del correo electrónico [www.portabilidad.eps@comfasucre.com.co](mailto:www.portabilidad.eps@comfasucre.com.co)
- Comunicándose al número celular 3113648285
- Radicando una comunicación escrita en cualquiera de nuestras oficinas.

Una vez analizada y aceptada la solicitud de conformidad con lo señalado en el marco legal vigente, EPS Familiar de Colombia dentro de los diez (10) días hábiles siguientes le asignará una IPS Primaria que será la puerta de entrada para los servicios electivos de salud.

## Movilidad entre regímenes

Es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales. La movilidad aplica para todo el grupo familiar registrado en el momento del retiro o de la pérdida de capacidad de pago.

Una vez EPS Familiar de Colombia es notificada del retiro laboral o pérdida de capacidad de pago procede con la evaluación de las condiciones para otorgarle el beneficio de la movilidad entre regímenes. Sin embargo, para que opere esta novedad, es necesario el diligenciamiento de la solicitud a través del formulario establecido para tal fin.

En el caso de los cotizantes clasificados como Madres Comunitarias, si no se encuentran en la encuesta SISBEN también tienen derecho a la movilidad de régimen contributivo al subsidiado.

# 1.13.

## ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN DE ESPECIAL PROTECCIÓN

La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y de alto costo, grupos étnicos significativos y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado.

A las mujeres en estado de embarazo, se les garantizará el acceso a los servicios de salud que requieran durante el embarazo y con posterioridad al mismo.

La persona adulta mayor tiene una atención preferencial, ágil y oportuna, sin perjuicio de los derechos preferentes que les asiste a los niños, las niñas y adolescentes.

Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Para las víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas.



# 1.14.

## PARTICIPACIÓN SOCIAL

### Asociación de Usuarios

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución Número 02063 del 2017, adopta la Política de Participación Social en Salud-PPSS, y requiere de su implementación de manera gradual y progresiva en los diferentes ámbitos territoriales e institucionales; así mismo establece estrategias de participación en salud, de acuerdo a la Circular Externa 0060 del 2015.

Usted como afiliado a EPS Familiar de Colombia puede participar en la Asociación de Usuarios de su municipio, que tienen la función de realizar Control Social y Veeduría ciudadana a la prestación de servicios de salud.

Comfasucre a través del Departamento de Atención al Afiliado adelanta acciones de capacitación, acompañamiento y asesoría para la formulación, planeación y ejecución de los planes de gestión en Control Social y Veeduría a los miembros de las Asociaciones de Usuarios de cada municipio, con relación a los Servicios de Salud.

Cuenta actualmente con una Asociación de Usuarios a Nivel Departamental y 21 Municipales, y dentro de sus principales responsabilidades están:

- Velar por la calidad del servicio, la defensa y representación del usuario.
- Brindar información a los afiliados acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Atender las quejas que los usuarios presenten por las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
- La EPS lo invita a hacer parte de esta asociación de

usuarios en cada uno de los municipios con cobertura de afiliado.

Para afiliarse a la Asociación de Usuarios de EPS Familiar de Colombia o para enviar sus inquietudes pueden contactarse a través de los siguientes medios:

- Línea telefónica: en Sincelejo: 2799500, Celular: 3107062347, Nacional 01 8000 938 810.
- Correo electrónico: marlyn.mejia@comfasucre.com.co

### Rendición de Cuentas

EPS Familiar de Colombia de acuerdo a Marco Reglamentario, Ley 1757 de 2015, Resolución 063 del 2017, Circular 008 de 2018, realiza anualmente la audiencia pública de rendición de cuentas en donde presenta el resultado de la gestión adelantada en la prestación del servicio de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones de usuarios respectivas y las acciones tomadas.

Los afiliados son convocados a través de anuncio publicado en un diario de amplia circulación y en la página web [www.comfasucre.com.co](http://www.comfasucre.com.co).

El informe presentado en la audiencia de rendición de cuentas se publica en el micro sitio de rendición de cuentas ubicado en la página web de EPS Familiar de Colombia, para que los afiliados puedan acceder y conocer el resultado de la gestión. Así mismo, se reporta a la Superintendencia Nacional de Salud en los términos estipulados en la normatividad vigente.



# 2 DERECHOS Y DEBERES

## 2.1. DERECHOS

Como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, usted y sus beneficiarios tienen derecho a:

### A LA ATENCIÓN MÉDICA ACCESIBLE, IDONEA, DE CALIDAD Y EFICAZ

- Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios y a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos conforme su necesidad en

salud. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.

- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar su condición de salud y orientar la adecuada decisión clínica.
- Protección especial a menores de 18 años. Indicar que los derechos a acceder a un servicio de salud que requiera un niño, niña o adolescente para conservar su vida, su dignidad, su integridad así como para su desarrollo armónico e integral, y su derecho a una muerte digna, están especialmente protegidos.
- 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

entidad promotora de salud. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago del mismo.

- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible y el cuidado paliativo de acuerdo a su enfermedad o condición, respetando los deseos del paciente, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada, la enfermedad terminal y la agonía.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad incluyendo el final de la vida, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizado para su ejercicio.
- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda sobre su diagnóstico y/o manejo de su condición de salud.
- Obtener autorización por parte de la EPS para valoración científica y técnica, cuando del concepto médico externo de un profesional de la salud reconocido, se considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Acceder a los bienes y servicios de salud con continuidad. El acceso a un servicio de salud debe ser continuo y en ningún caso puede ser interrumpido por razones administrativas o económicas.
- Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud

ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite y tanto prestadores como aseguradores deben implementar mecanismos expeditos para que la autorización fluya sin contratiempos.

- A que para la verificación de derechos se le solicite únicamente el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrar el derecho. No podrá exigirse al afiliado copia, 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 a la de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por 12 meses, haciendo la solicitud ante su EPS.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.

## A LA PROTECCIÓN A LA DIGNIDAD HUMANA

- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona podrá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni podrá ser obligado a soportar sufrimiento evitable, ni obligado a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.
- 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 fe, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social y su intimidad, así como las opiniones personales que tenga.
- Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, seguridad y respeto a su identidad e intimidad.
- Recibir protección especial cuando se padecen

enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud y la prohibición de que bajo ningún pretexto se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos.

- 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 este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

## A LA INFORMACIÓN

- Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias, denuncias y, en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna y de fondo.
- Disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado sobre su condición así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, los riesgos y beneficios de estos y el pronóstico de su diagnóstico.
- En caso de ser menores de 18 años de edad, se les dé toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, los padres, sus representantes legales o cuidadores, para promover la adopción de decisiones autónomas frente a su salud y cuidado.
- En caso de inconciencia, incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres, sus representantes legales o cuidadores podrán consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos.
- Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada, en los casos de la interrupción voluntaria del embarazo, la eutanasia, el rechazo de tratamientos de soporte vital, el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos, así como para la prestación de cualquier tipo de servicio; tal objeción, en caso de existir, debe ser puesta en conocimiento de la IPS por escrito, con la debida antelación por parte del médico tratante, y se debe gestionar una solución pronta con un profesional no objetor.
- Revisar y recibir información acerca de los costos de los servicios prestados.
- Al apoyo de las EPS o de las autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, en el sentido de adoptar las medidas adecuadas para, por lo menos, (i) suministrar la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (ii) entregarle al afiliado por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio, (iii) indicar específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista, y (iv) acompañarla durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
- Recibir del prestador de servicios de salud, por escrito, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
- Recibir información y ser convocado individual o colectivamente, a los procesos de participación directa y efectiva para la toma de decisión relacionada con la ampliación progresiva y exclusiones de las prestaciones de salud de que trata el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, conforme al procedimiento técnico científico y participativo establecido para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Solicitar copia de su historia clínica y que esta 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 LA AUTODETERMINACIÓN, CONSENTIMIENTO Y LIBRE ESCOGENCIA

- 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. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las EPS no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
- Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad.
- A suscribir un Documento de Voluntad Anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado médico, sus preferencias de cuidado al final de la vida, sobre el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales.
- A que los familiares o representantes, en caso de inconciencia o incapacidad para decidir del paciente, para que en caso de que no se cuente con el Documento de Voluntad Anticipada, consientan, disientan o rechacen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos.
- A que en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor, puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor.
- Al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y atenciones inseguras.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado de manera clara y detallada acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Ser respetado en su voluntad de oponerse a la presunción legal de donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otras personas. Para tal fin, de conformidad con el artículo 4° de la Ley 1805 de 2016, toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante Notario Público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud (INS). También podrá oponerse al momento de la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS).
- Cambiar del régimen subsidiado al contributivo y viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS, cuando pertenezca a los niveles 1 y 2 del SISBÉN, a una comunidad indígena, sea población desplazada o ROM (gitana), pertenezca al programa de protección a testigos o sea víctima del conflicto armado interno y se encuentre inscrito en el Registro Único de Víctimas, sin que exista interrupción en la afiliación.



## A LA CONFIDENCIALIDAD

- 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 por la ley.
- A que en caso de ser adolescente, esto es, persona entre 12 y 18 años, deba reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

## A LA ASISTENCIA RELIGIOSA

- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.

# 2.2. DEBERES

Son deberes de la persona afiliada y del paciente, los siguientes:

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud y a los otros pacientes o personas con que se relacione durante el proceso de atención.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- Cumplir las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Actuar de buena fe frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio de salud, incluyendo los Documentos de Voluntad Anticipada.
- Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.



# 3

## INSTITUCIONES Y RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE DERECHOS

### 3.1. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Las Entidades Promotoras de Salud se encuentran sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que se encuentra ubicada en la Av. Ciudad de Cali N.º 51-66, Pisos 6 y 7, Edificio World Business Center, Bogotá D.C. Recibo de Correspondencia, Local 10. Teléfono (57-1) 4817000, línea gratuita nacional 01 8000 513700. Centro de atención al ciudadano Bogotá: Avenida Ciudad de Cali No. 51 - 66, Local 10 Carrera 13 No. 28 - 08, Locales 21-22, Centro Internacional.

Para conocer los puntos de atención al ciudadano en el país puede consultar en [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co).

El punto de Atención en el Departamento de Sucre se

encuentra ubicado en la ciudad de Sincelejo, Calle 25 N.º 25B-35 Avenidas Las Peñitas, Gobernación Sucre. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 am a 12:00pm – 2:00pm a 6:00pm

- Ministerio de Salud y Protección Social:  
Dirección: carrera 13 No. 32-76 Bogotá D.C.  
PBX: (1) 3305000 FAX (1) 335050  
Línea gratuita de atención al usuario: 018000910097  
Correo electrónico:  
[atencionalciudadano@minprotecciónsocial.gov.co](mailto:atencionalciudadano@minprotecciónsocial.gov.co)  
Horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
- Procuraduría General de la Nación: Dirección Bogotá  
Carrera 5 N0. 1-60 Datos de contacto: Línea gratuita

018000910315, página web:

www.procuraduria.gov.co.

- Secretaría de Salud Departamental de Sucre, Cra. 14 No. 15A-140 Calle La Pajuela - tel. (5) 2821792
- Secretarías de Salud a Nivel Municipal
- Defensoría del Pueblo: Tel. 2822743, Fax: 2826045, email: sucre@defensoria.org.co, pagina web:
- www.defensoria.org.co
- Personerías Municipales, página web: personeria@sincelejo.sucre.gov.co

## 3.2. MECANISMOS DE PROTECCIÓN

Los afiliados podrán hacer uso de los siguientes mecanismos de protección:

- Presentar derecho de petición en los términos de la Ley 1437 de 2011, o la norma que la sustituya, tanto a la EPS como a la IPS y a las demás entidades del sector salud, para solicitar información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo.
- El derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formule cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable de acuerdo con lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011 o la norma que la sustituya.
- La solicitud de cesación provisional ante la Superintendencia Nacional de Salud cuando un vigilado por acción u omisión que ponga en riesgo la vida o la integridad física de la persona, de conformidad con el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011.
- El recurso judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud en los términos de los artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011 y la práctica de medidas cautelares.

## 3.1. LEY ESTATUTARIA DE SALUD

La Ley Estatutaria de Salud pretende mejorar el acceso a los servicios de salud de los colombianos y consagra la salud como un derecho fundamental que era concebida como un servicio obligatorio con limitaciones.

Principalmente, la reforma a la Salud acabará con el llamado 'paseo de la muerte', pues se eliminarán las barreras administrativas en el servicio de urgencias porque los hospitales no podrán alegar problemas de afiliación del paciente, falta de contratos con las EPS o dificultades al tramitar las autorizaciones para no atenderlos.

### ¿Qué es una ley estatutaria?

Es un tipo de leyes especiales que regulan derechos y deberes fundamentales de las personas y la administración de justicia en nuestro país. Por ser especiales, deben ser aprobadas por la mayoría absoluta de votos de los senadores y representantes a la Cámara.

La Ley Estatutaria de Salud supone, necesariamente, que ese derecho ha adquirido el carácter de fundamental y autónomo; por eso tiene que ser garantizado prioritariamente por el Estado, y debe ser responsabilidad de toda la sociedad.

### ¿Cuáles son los aspectos que mayor impacto tendrán en la vida de los colombianos?

La Ley Estatutaria facilitará que se mejore el acceso a los servicios de salud, se eliminen las autorizaciones para las atenciones de urgencias, se fortalezca el control de precios a los medicamentos y se avance más rápido en la incorporación de nuevas tecnologías.

## ¿Qué significa adiós al carrusel de la muerte?

Infortunadamente, el llamado “carrusel de la muerte” se ha producido porque en algunos hospitales se niegan a atender en estado de urgencia a un ciudadano porque hay problemas con su EPS, lo que ha producido muchas muertes. Al establecerse que la salud es un derecho fundamental, a ninguna persona se le podrá negar la atención médica de urgencia para la protección de su salud y su vida.

## ¿Qué significa que los médicos tendrán autonomía?

Los médicos son personas que han estudiado mucho tiempo y tienen conocimientos científicos sobre el cuerpo humano, la salud y la enfermedad. Por eso tienen la capacidad para decidir qué tratamientos requieren los pacientes para restablecer su estado de salud.

Al reconocer la autonomía médica, la Ley Estatutaria pide a los profesionales de la salud que hagan su trabajo con autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica.

## ¿Qué significa que haya excepciones en el Sistema de Salud?

Significa que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá unas reglas para decidir que hay algunos tratamientos que no serán pagados por el sistema de salud, sino por las personas interesadas en acceder a ellos, como por ejemplo los que tengan un fin primordialmente cosmético o suntuario; los que no tengan evidencia sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica; aquellos que no estén autorizados para su uso en el país; los que sean experimentales; o aquellos que tengan que ser prestados en el exterior.



## ¿Es verdad que la ley estatutaria retrasa el ingreso de nuevas tecnologías al mercado?

No es verdad. Al contrario, con la ley se acelerará la inclusión de nuevos tratamientos. Pero el Estado tendrá que decir más rápido si se trata de tecnologías que tienen o no tienen suficiente validez científica.

## ¿La ley estatutaria afecta la calidad de los medicamentos que se distribuirán en Colombia?

La calidad de los medicamentos depende de criterios científicos, de ética empresarial, vigilancia ciudadana y de la opinión pública, y de inspección, vigilancia y control del Gobierno. La Ley Estatutaria confirma la atribución del Estado para ejercer inspección, vigilancia y control al sector farmacéutico.

## ¿La ley estatutaria afecta la calidad de los medicamentos que se distribuirán en Colombia?

La Ley Estatutaria fortalece la política de control de precios de los medicamentos, por lo que el Gobierno continuará trabajando para que en Colombia haya medicinas baratas.



# 4

## DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE

Morir con dignidad o el derecho a una muerte digna es un tema de coyuntura en la humanización de la medicina. Ha despertado extensas discusiones y existen perspectivas muy diferentes. Para algunos, por ejemplo, es el suicidio asistido o la eutanasia; para otros se trata de la posibilidad de morir sin dolor y reconciliado consigo mismo y con los demás. Morir con dignidad es un acto humano que se asume de acuerdo con la visión metafísica y religiosa de cada uno.

### 4.1. GLOSARIO

- **Derecho a morir con dignidad:** facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte. Este derecho no se limita a la muerte anticipada o eutanasia, sino

que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo.

- **Cuidado Paliativo:** son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.

Eutanasia: procedimiento médico en el cual se induce la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma.

- **Enfermedad Incurable avanzada:** aquella cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.

- **Enfermedad Terminal:** enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico -psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses
- **Agonía:** situación que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico, debilidad extrema, pérdida de capacidad cognoscitiva, conciencia, capacidad de ingesta de alimentos y pronóstico de vida de horas o de días. metafísica y religiosa de cada uno.
- **Adecuación de los esfuerzos terapéuticos (AET):** ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta. La AET supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos.

## Requisitos para el Derecho a Morir Dignamente

La Corte Constitucional aclaró que el individuo que solicite la muerte asistida deberá estar en capacidad de comprender la situación en la que se encuentra y al mismo tiempo tendrá que expresar su consentimiento de manera libre. Además, deberá contar con información seria y fiable acerca de su enfermedad proveniente de un médico, quien indicará las opciones terapéuticas y el pronóstico.

De igual manera, son necesarios los siguientes requisitos:

- Que la enfermedad sea calificada por un experto como terminal y debe producir intenso dolor y sufrimiento.
- Que el consentimiento de la persona que solicita la muerte asistida sea libre, informado e inequívoco.
- Que se atiendan ciertos criterios a la hora practicar procedimientos cuyo propósito sea el de garantizar el derecho fundamental a la muerte.

## ¿Por qué se expidió por parte del Ministerio de Salud y Protección Social una norma orientada a regular la garantía al derecho a la muerte digna?

Por medio de la Sentencia T-970 de 2014, la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social impartir una directriz para la conformación de los Comités Científicos interdisciplinarios, cuya función principal será la de garantizar el derecho a la muerte digna de los pacientes en fase terminal que soliciten el amparo de este derecho, y que el mismo se materialice con la aplicación del procedimiento de muerte anticipada. En consecuencia, el Ministerio expidió la Resolución 825 de 2018.

## ¿La garantía del derecho a la muerte digna o muerte anticipada ya está totalmente reglamentada en el país?

No, la Corte exhortó al Congreso a reglamentar lo pertinente. Sin embargo, la aplicación de la Resolución 1216 de 2015 es un avance en este tema; y puesto que los criterios para acceder a la garantía al derecho de la muerte digna contenidos en la Resolución son los establecidos por la Corte Constitucional, los mismos deberían ser tenidos en cuenta para el análisis y la eventual reglamentación en el Congreso.

## ¿Quién puede solicitar esta alternativa?

Cualquier enfermo en fase terminal mayor de 18 años, quien manifieste a su médico tratante su intención de garantizar su derecho a la muerte digna a través de un procedimiento de muerte anticipada. El derecho también se configura en los casos de pacientes mayores de 18

años de edad que estén inconscientes o en incapacidad de manifestar su deseo, pero que lo hayan dejado previamente manifiesto mediante un documento de voluntad previa.

### ¿Qué es un enfermo en fase terminal?

Se define como enfermo terminal aquel que es portador de una enfermedad o condición habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad para hospitalización oncológica. O en el ámbito ambulatorio, en una IPS que tenga habilitado el servicio de atención domiciliaria para paciente crónico.

### ¿Qué debe hacer el profesional médico que alegue objeción de conciencia y que fue delegado por el comité para realizar el procedimiento?

El médico deberá presentar por escrito y debidamente motivada la objeción al comité, el cual deberá designar a otro médico en un término no mayor a 24 horas.

### ¿El procedimiento tiene algún costo para el paciente que lo solicita?

El médico deberá presentar por escrito y debidamente motivada la objeción al comité, el cual deberá designar a otro médico en un término no mayor a 24 horas.

### ¿El procedimiento tiene algún costo para el paciente que lo solicita?

El procedimiento está cubierto por el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y como tal no representa costos para el paciente. Sin embargo, son las IPS autorizadas las que deben asumir los costos del procedimiento, dado que la Resolución establece que no podrán facturar la práctica del mismo al sistema.

### ¿Se puede desistir de la realización del procedimiento?

Sí. En cualquier momento el paciente puede desistir de la realización del procedimiento.

### ¿Se puede solicitar el procedimiento si el enfermo en fase terminal se encuentra en estado de inconsciencia u otra circunstancia que le impida manifestar su voluntad?

Sí, siempre y cuando la voluntad del paciente haya sido expresada previamente, mediante un documento escrito de voluntad anticipada o testamento vital.

### ¿Quién debe vigilar que se realice el procedimiento?

El comité científico interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad de cada IPS autorizada debe asegurar que el procedimiento se realice en los términos anteriormente señalados, sin perjuicio de las competencias propias de inspección, vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud.

### ¿Quién debe garantizar que se realice todo el procedimiento, así como la prestación de servicios como atención psicológica o valoraciones médicas que se requieran?

Las Entidades promotoras de salud (EPS) deberán ser el garante principal para el acceso y prestación efectiva del procedimiento de muerte anticipada como forma de ejercer el derecho a la muerte digna. Las EPS tienen que, entre otras responsabilidades, comunicarse con el comité y hacer que se cumpla este derecho. No interferir, en ningún sentido, en la decisión que adopte el paciente en relación con el derecho a morir con

dignidad mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicien y tramitar con celeridad cualquier solicitud relacionada con este procedimiento.

## 4.2.

### Derechos del paciente a morir dignamente

Toda persona afiliada o paciente 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, condición social, en lo concerniente a morir dignamente, tiene derecho a:

- Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.
- Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, o agonía, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas, que puedan generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Recibir toda la atención necesaria para garantizar el cuidado integral con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable avanzada, la enfermedad terminal o agonía.
- Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia. El médico tratante debe brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que se tomen las decisiones de acuerdo con la voluntad del paciente y su mejor interés y no sobre el interés individual de terceros o del equipo médico. Estar enterado de su diagnóstico o condición y de los resultados de estar en el proceso de muerte, así como de su pronóstico de vida. El paciente podrá negarse a recibir dicha información o a decidir a quién es entregada la misma.
- Recibir información clara, detallada, franca, completa y comprensible respecto a su tratamiento y las alternativas terapéuticas, así como sobre su plan de cuidados y objetivos terapéuticos de las intervenciones paliativas al final de la vida. También le será informado acerca de su derecho a negarse a recibir dicha información o decidir a quien es entregada la misma.
- Solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a que se apliquen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que sean fútiles o desproporcionadas en su condición y que puedan resultar en obstinación terapéutica.
- Solicitar que sean readecuados los esfuerzos terapéuticos al final de la vida en consonancia con su derecho a morir con dignidad permitiendo una muerte oportuna.
- Ser respetado en su derecho al libre desarrollo de la personalidad cuando, tras recibir información, decide de forma libre rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos.
- Que en caso de inconciencia o incapacidad para decidir al final de la vida y de no contar con un documento de voluntad anticipada, su representante legal consienta, disienta o rechace medidas, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que resulten desproporcionados o que vayan en contra del mejor interés del paciente.
- Ser respetado en su voluntad de solicitar eutanasia como forma de muerte digna.
- A que le sea garantizado el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, una vez ha expresado de forma libre, inequívoca e informada esta voluntad y a ser evaluado para confirmar que esta decisión no es resultado de falta de acceso al adecuado alivio sintomático.

- Que se mantenga la intimidad y la confidencialidad de su nombre y el de su familia limitando la publicación de todo tipo de información que fuera del dominio público y que pudiera identificarlos, sin perjuicio de las excepciones legales.
- Que se garantice la celeridad y oportunidad en el trámite para acceder al procedimiento de eutanasia, sin que se impongan barreras administrativas y burocráticas que alejen al paciente del goce efectivo del derecho, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, busca evitar.
- Recibir por parte de los profesionales de la salud una atención imparcial y neutral frente a la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través de eutanasia.
- Ser informado sobre la existencia de objeción de conciencia del médico tratante o quien haya sido designado para la realización del procedimiento eutanásico, en caso de que existiera, para evitar que los profesionales de la salud sobrepongan sus posiciones personales sean ellas de contenido ético, moral o religioso que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.
- A que la IPS donde está recibiendo la atención, con apoyo de la EPS en caso de ser necesario, garantice el acceso inmediato a la eutanasia cuando el médico designado para el procedimiento sea objetor de conciencia.  
Recibir la ayuda o el apoyo psicológico, médico y social para la persona afiliada y su familia, que permita un proceso de duelo apropiado. La atención y
- acompañamiento no puede ser esporádica sino que tendrá que ser constante, antes, durante y después de las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.  
Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada donde exprese sus preferencias al final de la vida y dé indicaciones
- concretas sobre su cuidado, el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales o de la posibilidad de revocarlo, sustituirlo o modificarlo.

- Ser respetado por los profesionales de la salud y demás instancias que participen en la atención respecto de la voluntad anticipada que haya suscrito como un ejercicio de su autonomía y a que estas instancias sean tenidas en cuenta para la toma de decisiones sobre la atención y cuidados de la persona, lo anterior sin desconocer la buena práctica médica.
- Expresar sus preferencias sobre el sitio de donde desea fallecer y a que sean respetadas sus voluntades sobre los ritos espirituales que haya solicitado.
- Recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a ser respetado en sus creencias, cualquiera que estas sean, al igual que negarse a recibir asistencia espiritual y ser respetado en su decisión.

## 4.3. DEBERES DEL PACIENTE A MORIR DIGNAMENTE

En lo concerniente a morir dignamente, son deberes del paciente los siguientes:

- Informar al médico tratante y al personal de salud, sobre la existencia de un documento u otra prueba existente de voluntad anticipada.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de valorar la condición de enfermedad incurable avanzada o terminal para ofrecer la atención de forma proporcional y racional, frente a los recursos del sistema.





**EPS**

**FAMILIAR**  
*DE COLOMBIA*

*Junto a ti*