

**CONTROL DE CAMBIOS**

Vers.	Descripción del cambio	Autor	FUM
1	Versión Inicial	Gioconda Piña	Enero 2015
2	Actualización Documental Cap. III Artículo 6, Artículo 8, Cap. IV Artículo 3.	Jefe Gestión Humana y Administrativo	Mayo 2015
3	CAPITULO VII. Disposiciones Especiales numeral 4.	Jefe Gestión Humana y Administrativo	Junio 2015

**CAPITULO I.**  
**DEFINICIÓN, OBJETO Y ALCANCE.**

**DEFINICIÓN.** El Servicio de Salud es aquel beneficio extralegal, no constitutivo de salario, otorgado por la Corporación a los trabajadores con contrato a término indefinido, a través del cual la Corporación atenderá los costos y gastos que causen los servicios médicos generales y especializados, hospitalarios, quirúrgicos, odontológicos y de prevención en salud de los trabajadores con contrato a término indefinido y de su grupo familiar debidamente inscrito, en la forma como los ha venido suministrando, contratando los servicios con instituciones o profesionales debidamente habilitados por las autoridades competentes para garantizar un buen servicio, en los términos, límites y exclusiones existentes y que se fijan a través del presente Reglamento de Salud.

**OBJETO.** Describe las disposiciones para el uso del beneficio de servicios de salud a los trabajadores de la Corporación con contrato a término indefinido y de su grupo familiar debidamente inscrito.

**ALCANCE.** La Corporación atenderá los costos y gastos que cause el servicio médico, hospitalario, quirúrgico y de prevención en salud, de los trabajadores, y de los familiares debidamente inscritos, en los términos y con los límites y exclusiones que se fijan en este documento, considerando previamente para los efectos, la solicitud de afiliación y demás documentos, registros y/o antecedentes clínicos, los cuales forman parte integral de este reglamento.

**CAPITULO II.**  
**CONDICIONES GENERALES****GLOSARIO**

**BENEFICIARIO.** Toda persona vinculada mediante contrato de trabajo a término indefinido con la Corporación, y familiares debidamente inscritos, que se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**MÉDICO.** Toda persona natural que de acuerdo con la legislación colombiana, haya obtenido título universitario para el ejercicio de la Medicina, o que habiendo obtenido dicho título en un país extranjero, lo haya validado legalmente en Colombia y en ambos casos con tarjeta profesional vigente.

**MÉDICO INSCRITO.** Profesional de la Medicina con quien la Corporación suscriba contratos o convenios para la prestación de los servicios medico asistenciales, en forma independiente y autónoma. No existe vinculación laboral o de prestación de servicios entre el médico inscrito y la Corporación. La idoneidad del médico se desprende de la vigencia de su tarjeta profesional.

REVISÓ:  
GIOCONDA PIÑA ELLES  
JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO

APROBÓ:  
JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO  
GERENTE GENERAL



**MEDICO COORDINADOR.** Profesional de la Medicina encargado de evaluar y estudiar las condiciones medico asistenciales de los beneficiarios, para efectos de ordenar las remisiones médicas, expedir las respectivas autorizaciones y servir de mediador entre la Corporación y los Beneficiarios para garantizar la mejor prestación de los servicios y la optimización de los recursos.

**ACTO MÉDICO.** La conducta de un médico en ejercicio de su actividad profesional, en forma independiente y autónoma, bajo su exclusiva responsabilidad adoptada para fines de diagnóstico, tratamiento, alivio o rehabilitación de una enfermedad o lesión en relación con un paciente.

**ASISTENCIA HOSPITALARIA.** Conjunto de servicios médicos asistenciales que Clínicas, Hospitales u otros Centros Asistenciales prestan bajo su exclusiva responsabilidad para atender una condición clínico-patológica dada.

**CONSULTA.** Acto médico mediante el cual se valora la condición clínico-patológica de un paciente y sus antecedentes de salud, con el fin de confirmar o establecer un diagnóstico y adoptar una conducta.

**PREEXISTENCIA.** Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar que existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrá ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia.

**EXCLUSIÓN.** Toda condición y/o evento y/o elemento no cubierto por el servicio médico de Cavipetrol.

**MEDICINA PREVENTIVA.** Son aquellas prácticas que los diferentes profesionales de la salud realizan para, justamente, prevenir la presencia de enfermedades o de diferentes situaciones en las que la salud se puede poner en peligro. Se incluyen las consultas por control de enfermedades como hipertensión o diabetes. Seguimientos por ginecología, urología, pediatría y odontología.

**MEDICINA ESPECIALIZADA.** Corresponde a la prestada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia.

**CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA.** La intervención y/o tratamiento que realiza un especialista en esta rama de la medicina, para buscar la reparación morfológica o funcional de una estructura anatómica lesionada, por causa de una afección patológica. La cirugía plástica reparadora excluye los procedimientos y/o tratamientos puramente estéticos o cosméticos.

**ENFERMEDAD PROFESIONAL:** Todo estado patológico que sobrevenga a consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos.

**ACCIDENTE DE TRABAJO.** Todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca al trabajador una lesión orgánica o perturbación funcional permanente o pasajera y que no haya sido provocada deliberadamente o por culpa grave de la víctima, en su sitio de trabajo.

**URGENCIA.** Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte, dictaminada por un médico. (Decreto 412 del 6 de Marzo de 1.992)



**EPS:** Entidad promotora de salud.

**HOSPITALIZACIÓN:** es la permanencia en una institución hospitalaria para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.

**ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA.** Denomínese como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencias y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. (Decreto 412 de 16 de Marzo de 1.992).

**PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA EN SALUD.** Son conjuntos de servicios de salud contratados mediante la modalidad de prepago que garantizan la atención en el evento de requerirse de actividades, procedimientos e intervenciones no incluidas en el plan obligatorio de salud o que garantizan condiciones diferentes o adicionales de hotelería o tecnología o cualquier otra característica en la prestación de un servicio incluido en el plan obligatorio de salud.

**COPAGO.** Es el aporte en dinero que hace el Beneficiario al utilizar un servicio equivalente a una parte de su valor y cuya finalidad es contribuir al financiamiento del mismo y regular la utilización y el buen uso de los servicios médicos.

**TRATAMIENTO DE ALTO COSTO O PROLOGANDO.** Toda enfermedad permanente o recidivante, así como aquella cuya evolución se prolongue por más de seis (6) meses. Se encuentran dentro de estas: Cáncer, Infección por VIH, Grandes Quemaduras, Insuficiencia Renal Crónica, Patologías del sistema nervioso central, Patologías Cardíacas, Reemplazos Articulares, Unidad de cuidado intensivo y aquellas que el equipo de médicos coordinadores incluya en este reglamento.

**CARGOS A CUENTA PERSONAL:** Denominación que se da a las sumas económicas adeudadas por concepto de servicios de salud y que se descuentan por nómina.

## **BENEFICIARIOS**

1. Trabajadores con contrato a término indefinido.
2. Los hijos del trabajador hasta los 18 años, no emancipados y que no tengan hijos, debidamente inscritos de conformidad con el TDR-008 *Reglamento de Definición e Inscripción de Familiares*.
3. Los hijos solteros del trabajador hasta los 23 años de edad con dedicación exclusiva al estudio, previa acreditación de la Institución educativa, que no tengan hijos, no se encuentren trabajando, o cuenten con una invalidez total y definitiva.
4. Cónyuge, compañero o compañera permanente que dependa económicamente del trabajador y se encuentre debidamente inscrito de conformidad con el TDR-008 *Reglamento de Definición e Inscripción de Familiares*.
5. Los padres que dependan económicamente del trabajador y se encuentren debidamente inscritos de conformidad con el TDR-008 *Reglamento de Definición e Inscripción de Familiares*.

**REVISÓ:**  
**GIOCONDA PIÑA ELLES**  
**JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO**

**APROBÓ:**  
**JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO**  
**GERENTE GENERAL**



**Parágrafo 1o.** Una vez el hijo del empleado cumpla los veintitrés (23) años, perderá el derecho a este beneficio.

**Parágrafo 2o.** Se entiende por “dependencia económica del trabajador o pensionado”, aquellos familiares que no devengan ningún tipo de ingreso económico, que no son trabajadores independientes, que no reciben una pensión y que el trabajador le cubre el 100% de sus necesidades.

**Parágrafo 3°.** En ningún caso, el trabajador podrá afiliar más de dos categorías de parentesco, siempre dando prioridad a los hijos.

## **COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN**

La Coordinación general de este beneficio deberá estar a cargo del Medico Coordinador Nacional, quien informará, controlará y vigilará la aplicación de la política a nivel nacional, bajo la supervisión del Departamento de Gestión Humana y Administrativa.

## **GRUPO MÉDICO**

La Corporación se reserva el derecho de inscribir o cancelar la inscripción de médicos tratantes y demás profesionales de la salud, así como de entidades médico-asistenciales, en cualquier momento si a su juicio lo considera del caso. El proceso de inscripción no implica elección o calificación del médico o la entidad de salud, por parte de la Corporación, ni está tiene potestad disciplinaria o de calificación técnica o de idoneidad profesional sobre él.

## **NATURALEZA JURIDICA DE LOS SERVICIOS**

Los costos de los servicios médico-asistenciales a que se refiere el presente Reglamento, serán generados por los médicos y demás profesionales de la salud, así como por las entidades médico-asistenciales, con los cuales previamente la Corporación haya suscrito convenios, con total independencia profesional, técnica, científica, administrativa y laboral. Por consiguiente, en ningún caso la Corporación estará obligada a reconocer sumas a título de indemnización por los daños que éstos causen.

## **CAPITULO III.**

### **CONDICIONES PARA ACCEDER AL SERVICIO**

1. Encontrarse afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Comprobar el parentesco o vínculo familiar mediante las pruebas que establece la Ley y presentar declaración juramentada de la dependencia económica exclusiva del trabajador o que se encuentre en las condiciones anteriormente descritas, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Inscripción de Familiares.
3. Practicarse los exámenes médicos programados por la Corporación, donde se proferirá un examen de ingreso de medicina general, odontológica y oftalmológica y demás que el médico coordinador determine.

REVISÓ:  
GIOCONDA PIÑA ELLES  
JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO

APROBÓ:  
JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO  
GERENTE GENERAL



4. Autorización escrita del trabajador para que sea descontado por nomina el pago de los valores generados por la prestación del servicio, junto con un pagaré en blanco con carta de instrucciones que garantice su cumplimiento.
5. Tanto el trabajador como el beneficiario ratifican que son conocedores, que las respuestas, datos y demás información suministrada en el examen de ingreso, el cual forma parte integral de su contrato de trabajo, son el fundamento principal para establecer las preexistencias y exclusiones, y por lo tanto son verídicas y que en consecuencia, la falsedad, el error, la omisión, la reticencia o inexactitud en tales declaraciones facultará a la Corporación, para que en cualquier tiempo, y de manera inmediata, lo excluya del servicio médico y aplique las sanciones determinadas en el Reglamento Interno de trabajo.
6. El trabajador autoriza al Medico Coordinador Regional a solicitar la(s) Historia(s) Clínica(s) de él y de sus beneficiarios debidamente inscritos, en caso de que así lo requiera.
7. EL trabajador acepta el presente reglamento con las limitaciones y condiciones generales y especiales establecidas en el contenido del mismo. El consentimiento expreso o tácito de una persona a ser beneficiario del presente reglamento lleva implícita su aceptación de las limitaciones y condiciones generales y especiales establecidas en el contenido del mismo.
8. La Corporación en cualquier tiempo posterior a que hubiese efectuado el pago de los servicios a que no tenía derecho un beneficiario por exclusiones o patologías preexistentes, podrá exigir al trabajador la restitución del dinero pagado por este concepto, dinero que será descontado por nómina.

#### **CAPITULO IV.**

#### **PLAN DE SALUD DE CAVIPETROL**

1. La Corporación asume el 100% del valor de los costos y gastos del servicio de salud del trabajador vinculado mediante contrato a término indefinido.
2. La Corporación asume el 75% del valor de los costos y gastos de los servicios de salud de los hijos, cónyuge, compañero o compañera permanente y el 50% de los costos y gastos del servicio de salud de los padres, siempre que estén debidamente inscritos por el trabajador, de conformidad con lo establecido en Reglamento de Inscripción de Familiares.
3. Cuando el trabajador o sus beneficiarios utilicen el servicio de salud ofrecido por la Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), Caja de Compensación o Medicina Prepagada a la que estén afiliados, la Corporación asumirá el valor del cien por ciento (100%) de los copagos, cuotas moderadoras y los medicamentos formulados por el médico tratante que no sean suministrados por las mencionadas entidades la Corporación asume el 75% sobre el valor de los costos, previa presentación de los comprobantes correspondientes.
4. La remisión de un beneficiario a medicina especializada, será autorizada previamente por el Medico Coordinador Regional.

**REVISÓ:**  
**GIOCONDA PIÑA ELLES**  
**JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO**

**APROBÓ:**  
**JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO**  
**GERENTE GENERAL**



5. Las órdenes médicas se deben solicitar con tres (3) días de anticipación, a la cita que se tenga con el médico correspondiente
6. Todo paciente debe ser plenamente identificado por el profesional o entidad tratante, con el objeto de verificar su condición de beneficiario de la Corporación; para poder recibir la atención, deberá presentar la correspondiente orden médica expedida por Cavipetrol, y portar el carné vigente de Cavipetrol, de la E.P.S. y el documento de identidad.
7. Los médicos adscritos a la Corporación tienen autorización del Departamento de Gestión Humana y Administrativa de Cavipetrol de no prestar el servicio si no se lleva la orden médica en correspondiente.
8. Las sumas que resulten a cargo del trabajador por la utilización del servicio médico, deberán ser pagadas, por nómina después de prestado el servicio en veinticuatro (24) cuotas mensuales como plazo máximo, las cuales se descontarán quincenalmente por nómina.
9. Después de la quinta (5) cita en un mismo año (iniciando el conteo el primero de enero de cada año) por toda consulta médica de los trabajadores y sus familiares debidamente inscritos de conformidad con el Reglamento de Inscripción de familiares, el trabajador deberá pagar un Copago equivalente al veinticinco por ciento (25%) de un Salario Diario Mínimo Legal Vigente, redondeado a la centena más cercana, de conformidad con los siguientes parámetros:
  - Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.
  - Quedan exceptuados del pago de este bono la medicina preventiva, exámenes clínicos, odontología y pediatría.
10. Cuando un trabajador sea incapacitado, La Corporación pagará el cien por ciento (100%) del salario básico devengado, de conformidad con las reglas establecidas en la Ley, siempre y cuando se presente a su E.P.S. a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización de la incapacidad, para que ésta ordene, transcriba y genere la incapacidad dentro de los términos establecidos por dicha Entidad, y la Corporación pueda realizar el correspondiente recobro.

## **CAPITULO V.**

### **LIMITES A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

1. Cuando previo concepto del Medico Coordinador Regional, se determine que el funcionario y/o beneficiario del servicio médico requiere un tratamiento médico de carácter prolongado y oneroso, se deberá acceder al mismo por intermedio de la Empresa Promotora de Salud (E.P.S.) a la cual se encuentre afiliado.
2. La Corporación no asumirá los costos generados por la prestación de los servicios médicos de instituciones prestadoras del servicio o médicos particulares con los cuales no se tenga

REVISÓ:  
GIOCONDA PIÑA ELLES  
JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO

APROBÓ:  
JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO  
GERENTE GENERAL



convenio, como tampoco cuando se acceda a actividades y procedimientos distintos de los especificados explícitamente en las órdenes de referencia, al igual que aquellos procedimientos que no estén contemplados dentro de la respectiva especialidad.

3. Las relaciones médico-paciente o paciente-institución, se establecen previo el cumplimiento de las condiciones aquí previstas pero se desarrollan con plena autonomía científica, técnica y administrativa por parte de los médicos o entidades con convenios suscritos, y por consiguiente no depende de la Corporación, por ello los actos médicos o los que prestan los servicios hospitalarios o de apoyo son ejecutados con total independencia, si eventualmente llegare a presentarse reclamación alguna de carácter judicial o extrajudicial por efecto de los actos médicos o de los servicios prestados, se deberá hacer valer en contra de los médicos o entidades hospitalarias o de servicios asistenciales que en forma directa realizaron los actos, o en cuyas dependencias se produjeron los hechos, y renuncia a invocar cualquier tipo de solidaridad legal por parte de la Corporación, y no estará obligada a reconocer sumas a título de indemnización por los daños que estos causen.

### **EXCLUSIONES:**

Las exclusiones hacen referencia a aquellos tratamientos que no son prestados dentro del servicio de Salud de Cavipetrol:

1. Tratamientos de fertilidad.
2. Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios y los no estén encaminados a la restitución de la funcionalidad o pérdida por enfermedad.
3. Todos los tratamientos quirúrgicos, o de medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país.
4. Los tratamientos médico quirúrgicos que no puedan ser realizados en el país.
5. Los medicamentos no autorizados por el Invima como ente regulador de la comercialización de medicamentos.
6. Tratamientos de ortodoncia.
7. Tratamientos de rehabilitación oral con fines estéticos.
8. Tratamientos con prótesis dentales.
9. Tratamientos nutricionales con fines estéticos
10. Tratamientos para la obesidad.
11. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
12. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.
13. Trasplante de órganos e injertos biológicos
14. Hospitalización y/o cirugías a consecuencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes.
15. Vacunas no establecidas en el POS
16. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
17. Suturas y tratamientos con crioterapia
18. Hospitalizaciones consecuencia de tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
19. Tratamientos de alcoholismo o drogadicción.
20. Artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, shampoos, jabones, leches, cremas para las manchas en la





piel, cremas antisolares, cremas hidratantes, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental, pañales para niños y adultos, toallas higiénicas.

#### **CAPITULO VI.**

#### **REQUISITOS PARA QUE EL COSTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SEA ASUMIDO POR LA CORPORACIÓN**

1. La prestación de servicios a los Beneficiarios, se hará por intermedio de los médicos y entidades con convenio vigente, en el sitio donde preste sus servicios. Los beneficiarios han sido enterado a la firma de la promulgación del presente Reglamento sobre los lugares en donde se presta el servicio. En ninguna caso se podrá exigir que los servicios se presten en lugares diferentes a los establecidos.
2. Los servicios médicos objeto del presente Reglamento serán prestados en forma exclusiva por los profesionales pertenecientes al grupo médico contratado por la Corporación por consiguiente, ésta no cubrirá gasto alguno por los servicios y los tratamientos prescritos o realizados por facultativos y/o entidades no inscritos salvo en los casos contemplados para urgencias.
3. La Corporación garantizará que el servicio de urgencias sea prestado en una institución inscrita o con la que exista convenio, a nivel nacional.
4. El médico que atienda un caso en desarrollo del servicio, será quien diagnostique la afección que sufre el beneficiario y decidirá si el tratamiento a seguir debe ser ambulatorio o si precisa hospitalización.
5. En las ciudades en las cuales no existan convenios los costos del servicio de salud serán reembolsados, previa aprobación del médico Coordinador.

#### **CAPITULO VII.**

#### **DISPOSICIONES ESPECIALES**

##### **SERVICIOS OFTALMOLOGICOS**

1. La Corporación no autoriza ni reconoce la prescripción de lentes cuyo diseño tecnológico moderno está orientado hacia la estética y comodidad del paciente y no expresamente a la corrección de una patología específica. Teniendo en cuenta las circunstancias anteriores, no se autorizan ni reconocen lentes con filtros como es el caso del "UV", "VDT", "transitions", "teñidos", así como los lentes "ultralivianos". Cuando existan indicaciones clínicas claramente definidas para la utilización de estos lentes, deberá dejarse debidamente registrada y respaldada dicha indicación y podrán ser formulados.
2. En los casos en que se requiera para el paciente la formulación de lentes de contacto estos solo se reconocerán siempre y cuando exista el concepto del médico especialista que certifique que

**REVISÓ:**  
**GIOCONDA PIÑA ELLES**  
**JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO**

**APROBÓ:**  
**JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO**  
**GERENTE GENERAL**





definitivamente no puede usar anteojos, por su situación clínica, previa autorización del Médico Coordinador Nacional.

3. Para el caso de los niños, la frecuencia del suministro de monturas estará determinada por el estricto concepto médico derivado de su crecimiento corporal, para este efecto.
4. Cuando se ordene al trabajador el uso de anteojos, la Corporación reembolsará el valor de los lentes hasta por un sesenta (60%) parte de un (1) salario mínimo legal vigente y una cuarta parte de un salario mínimo legal vigente para la montura, cuando se compruebe la necesidad del uso de los lentes.
5. Para los familiares debidamente inscritos, la empresa reconocerá al trabajador el cincuenta por ciento (50%) del costo total de los lentes y del costo de la montura asumirá una suma fija equivalente a una sexta (1/6) parte de un (1) Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
6. Los casos especiales que se presenten, serán estudiados por el Médico Coordinador Regional, para que el Médico Coordinador Nacional, autorice su reconocimiento.
7. Son del cargo del trabajador, la totalidad del costo de los aparatos correctores y ortopédicos.

## **SERVICIOS ODONTOLÓGICOS**

1. Dentro de los servicios de odontología se agrupan los procedimientos autorizados por la Corporación para: Operatoria dental, endodoncia, odontopediatría, periodoncia, cirugía oral, radiología oral, urgencias odontológicas, promoción y prevención.
2. Antes de acceder a estos se debe tener en cuenta el examen odontológico de ingreso ya que lo identificado como preexistencia por el profesional adscrito no lo reconoce la Corporación, este será en su totalidad cancelado por el funcionario y descontado por nómina en 48 cuotas quincenales para los activos.
3. La realización de un procedimiento adicional odontológico al plan de tratamiento inicial, debe estar debidamente justificada por parte del Odontólogo Adscrito y soportada mediante un presupuesto que se presentara con antelación al Médico Coordinador Regional para aprobación del Médico Coordinador Nacional.
4. Se considerará que los pacientes bajo tratamiento de Odontología General o Especializada en curso han abandonado el mismo cuando hayan dejado de asistir a tres (3) citas continuas programadas por el Odontólogo tratante, caso en el cual deberá reembolsar los costos asumidos por la Corporación para adelantar el respectivo tratamiento dentro de los 30 días siguientes a la última cita, y en caso contrario se le descontará por nómina dicho valor.
5. En tales casos una vez definida la situación, el Odontólogo Adscrito procederá a informar sobre esta novedad a la Corporación para la cancelación parcial de la cuenta, cuyo monto será proporcional al tratamiento realizado hasta ese momento.
6. La Corporación no asumirá los costos por conceptos de daño, pérdida o maltrato, causados por voluntad o negligencia del usuario. En tales circunstancias el valor de las reparaciones correrá por cuenta y riesgo del trabajador.

**REVISÓ:**  
**GIOCONDA PIÑA ELLES**  
**JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO**

**APROBÓ:**  
**JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO**  
**GERENTE GENERAL**



7. Los tratamientos de Ortodoncia deben ser autorizados por la Corporación, siempre y cuando el trabajador tenga capacidad de pago para cubrir el tratamiento, cuyo valor debe ser asumido 100% por el trabajador, autorizando a la Corporación los descuentos periódicos por nomina.
8. Todo tratamiento de prótesis fija, total o removible, se maneja de acuerdo al manual de tarifas odontológicas establecidas y estará a cargo del trabajador. De acuerdo a la prescripción del odontólogo tratante se autorizarán las intervenciones de cirugía maxilofacial de acuerdo a conceptos médicos de los especialistas tratantes.
9. Los Odontólogos Generales no están facultados para hacer recomendaciones, autorizaciones o remisiones acerca de patologías preexistentes o en tratamiento, diferentes y no relacionadas con el motivo de la consulta de urgencia.
10. La Corporación autoriza la realización de los siguientes procedimientos por una sola vez:
  - Resección capuchón pericoronario.
  - Exodoncia método cerrado.
  - Exodoncia quirúrgica.
  - Biopulpectomía.
  - Tratamiento de alveolitis post-exodoncia.
  - Drenaje de absceso dentario intraoral.
  - Reparación de aparatología fija o removible de ortodoncia o rehabilitación.
  - Rayos X periapical parcial u oclusal.
  - Fijación temporal con alambre o seda.
  - Desobturación de conductos.
  - Temporales en acrílico de auto o fotocurado.
  - Obturaciones en amalgama, resina o ionómeros.
11. La Corporación establece un protocolo de promoción y prevención en salud oral a sus odontólogos adscritos. El valor aquí establecido corresponde al siguiente paquete de servicios
  - Ficha de vigilancia clínico epidemiológica.
  - Control de placa bacteriana.
  - Plan de autocuidado.
  - Profilaxis total y flúor.
  - Detartraje supra y subgingival.
  - Alisado radicular.
  - Chequeo de oclusión.
  - Educación individual o grupal.
  - Consejería nutricional.
  - Enseñanza de cepillado.
  - Uso de seda dental y auxiliares de higiene oral.

**CAPITULO VIII**  
**DEBERES Y OBLIGACIONES DE LOS**  
**BENEFICIARIOS DEL SERVICIO DE SALUD**

**REVISÓ:**  
**GIOCONDA PIÑA ELLES**  
**JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO**

**APROBÓ:**  
**JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO**  
**GERENTE GENERAL**



1. Suministrar de manera veraz, la información requerida en el examen de ingreso.
2. Consultar oportunamente al servicio de salud cualquier condición que le sobrevenga en su salud que pueda comprometer su estado general.
3. Portar el carné que lo identifica como trabajador de Cavipetrol o beneficiario del mismo.
4. Inscribir su núcleo familiar dentro del grupo familiar de la E.P.S.
5. Portar el carné de la E.P.S. a la que se encuentre afiliado.

En caso de ser extraviado deberá notificarse a la Corporación, con copia del denuncia correspondiente, o de lo contrario responderá por el uso indebido del mismo.

6. Usar el servicio de urgencias solo cuando sea necesario.
7. Ofrecer a los prestadores del servicio un trato amable y respetuoso.
8. Para tramitar la prestación de los servicios, el trabajador deberá solicitar la valoración y autorización del Médico Coordinador Regional, junto con la presentación del carné de afiliación vigente y el documento de identificación.
9. En caso de requerirse hospitalización, el trabajador deberá anexar además, la orden del médico especialista que lo atiende en dicho caso, y la autorización inicial expedida por el Médico Coordinador Regional, para la aprobación del Médico Coordinador Nacional.
10. Practicarse los exámenes médicos de ingreso, dentro de los cuales se realizará un diagnóstico por examen de ingreso incluyendo los procedimientos odontológicos y optométricos.
11. Informar que enfermedades tiene o es propenso a desarrollar.
12. Utilizar los servicios médicos y odontológicos en la E.P.S. en la cual se encuentra inscrito junto con sus familiares en todos los casos de urgencia, tratamientos de alto costos o prolongado, a juicio del Médico Coordinador Regional.
13. Informar inmediatamente al Departamento de Gestión Humana y Administrativa sobre las incapacidades médicas expedidas por el médico tratante adscrito a la Corporación o por el de la correspondiente E.P.S., a la cual se encuentre afiliado, el mismo día de su expedición.

En todo caso, cuando la incapacidad sea expedida por un médico adscrito a la Corporación, deberá dirigirse a la E.P.S. a la que se encuentre afiliado para su correspondiente transcripción.

14. Firmar con número de cédula las órdenes médicas, cuando se utilice el servicio de salud.
15. Asistir puntualmente a las citas programadas y si no cancelarla con la debida anticipación.
16. Asistir puntualmente a la evaluación periódica de salud.
17. Suscribir un pagaré en blanco con carta de instrucciones para soportar las eventuales obligaciones que se generen de la prestación del servicio.

**REVISÓ:**  
**GIOCONDA PIÑA ELLES**  
**JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO**

**APROBÓ:**  
**JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO**  
**GERENTE GENERAL**



18. Atender y cumplir los programas de promoción y prevención en salud.
19. Programar las citas médicas en lo posible, fuera de horario laboral.
20. Hacer uso racional de los servicios de salud.
21. Realizar el pago de los copagos.

## **CAPITULO IX**

### **DISPOSICIONES FINALES**

#### **INCAPACIDADES**

Se debe entregar al Departamento de Gestión Humana y Administrativa los siguientes documentos:

1. Original del certificado de la incapacidad expedida por el médico tratante, el cual debe contener:
  - ✓ Nombre de la entidad y/o médico tratante.
  - ✓ Lugar y fecha de expedición.
  - ✓ Diagnóstico clínico.
  - ✓ Fecha de iniciación y duración de la incapacidad.
  - ✓ Nombre, número de registro profesional, cédula de ciudadanía y firma del médico u odontólogo que expide la incapacidad o licencia.
  - ✓ Resumen en original de la historia clínica, o constancia médica u odontológica relativa al estado de salud, tratamiento o acto médico que justifique la incapacidad o licencia de maternidad.
2. Si es licencia de maternidad, es requisito indispensable presentar registro civil del bebé.

#### **MEDICAMENTOS**

1. Los medicamentos serán suministrados por la entidad con la que la Corporación tenga convenio.
2. Cuando el trabajador y/o familiares adscritos requiera de medicamentos de por vida, estos deberán solicitarse por intermedio de la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado el beneficiario.
3. La Corporación reconocerá el 100% del valor de los medicamentos genéricos para sus beneficiarios, en caso de requerirse un medicamento comercial, el trabajador deberá asumir el excedente del mismo.

#### **DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

1. En las oficinas donde la Corporación no tenga convenios contratados, el beneficiario deberá solicitar de manera escrita la aprobación del Médico Coordinador Regional, quien deberá dar respuesta por el mismo medio en un término no superior a tres (3) días, para acceder a la prestación del servicio a través de un médico particular.

**REVISÓ:**  
**GIOCONDA PIÑA ELLES**  
**JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO**

**APROBÓ:**  
**JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO**  
**GERENTE GENERAL**



El reconocimiento de los valores ocasionados se realizará previa presentación de las respectivas facturas y cuenta de cobro con destino al Departamento de Gestión Humana y Administrativa dentro de los quince (15) días calendario posterior a la prestación del servicio.

2. Cuando la Empresa no disponga de convenios con profesionales, equipos o medios especializados para el diagnóstico y tratamiento de sus trabajadores y beneficiarios debidamente inscritos de conformidad con el Reglamento de Inscripción de Familiares, remitirá los pacientes a instituciones o especialistas particulares idóneos o a la E.P.S. en donde se encuentre afiliado cada trabajador.
3. La Corporación centralizará los servicios hospitalarios, en la institución que se acuerde en donde se obtengan las mejores tarifas de servicio así como los convenios de suministro de medicamentos.
4. La Corporación continuará adelantando el programa de medicina preventiva entre los usuarios del servicio de salud contra las enfermedades endémicas y epidémicas que puedan ser combatidas por vacunación u otros medios.
5. Cuando el Médico Tratante o Médico Coordinador Regional considere que el servicio médico debe ser prestado en una ciudad diferente a la de su residencia, la corporación reconocerá y pagará a los trabajadores un auxilio equivalente al seis (6%) por ciento de un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente, por cada día que dure dicho tratamiento, junto con los pasajes terrestres o aéreos a la ciudad que se requiera.
6. La Corporación dará permisos remunerados para tratamientos médicos fuera de la ciudad cuando estén justificados previamente por el Médico Coordinador o el Médico Tratante debidamente autorizado por el Departamento de Gestión Humana y Administrativa.

#### **CAPITULO X.** **GENERALIDADES**

Este reglamento subroga y sustituye los anteriores expedidos y en general aquellas disposiciones que le sean contrarias.

La Corporación publicará en la red interna el documento.

**REVISÓ:**  
**GIOCONDA PIÑA ELLES**  
**JEFE GESTIÓN HUMANA Y ADMINISTRATIVO**

**APROBÓ:**  
**JOSÉ GUILLERMO MEJÍA JARAMILLO**  
**GERENTE GENERAL**