

I. Tipo de Trámite

A. Afiliación

1. Clase de afiliación

2. Tipo de cotizante

B. Novedad

Código de novedad

II. Datos cotizante

3. Apellidos y nombre completos

4. TD

5. No. de identificación

6. Fecha de nacimiento

7. Género

8. Estado civil

9. Tipo de discapacidad

10. Nombre IPS

11. Código IPS

12. Nivel educativo

13. Etnia

14. Grupo poblacional

15. Cód. ocupación

16. Cargo

17. Dirección de residencia (según factura de servicios públicos)

18. Barrio

19. Zona

20. Localidad/comuna

21. Ciudad/Municipio

22. Departamento

23. Celular

24. Teléfono

25. Correo electrónico

26. EPS anterior (sólo si es traslado)

27. Código EPS anterior

28. Mes de aporte

29. AFP

30. ARL

31. Ingreso

32. Cotización



Importante: si usted es trabajador independiente, tenga en cuenta que en el momento que decida no continuar con los servicios de salud debe reportar la novedad de retiro en la última planilla de pago, el no hacerlo le genera mora de cotizaciones.

III. Información de beneficiarios

Beneficiario

33. TD

34. No. de identificación

35. Apellidos y nombres completos

36. Género

37. Fecha de nacimiento

38. EPS anterior

39. Cód EPS anterior

C. Cód novedad beneficiario

Beneficiario

40. Parentesco

41. Ocupación

42. Etnia

43. Grupo poblacional

44. Nivel educativo

45. Tipo discapacidad

46. Dirección de residencia

47. Barrio

48. Zona

49. Localidad/Comuna

50. Teléfono

51. Ciudad

52. Departamento

53. Nombre IPS

IV. Información para beneficiarios UPC adicional

Beneficiario

B1

B2

B3

B4

Fecha de inicio UPC

Valor mensual de la UPC

Beneficiario

B1

B2

B3

B4

Fecha de inicio UPC

Valor mensual de la UPC

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora

55. TD

56. No. de identificación

57. DV

58. Nombre o razón social

59. Dependencia

60. Centro de costos

61. Dirección (entrega de correspondencia a talento humano)

62. Barrio

63. Ciudad

64. Teléfono

65. Correo electrónico empresa

66. Fecha ingreso a la empresa

VI. Declaraciones juramentadas (diligencie solo para hijos mayores de 18 años, padres, cónyuge o compañero(a) permanente)

Dependencia económica: bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) beneficiario(s) reportado(s) depende(n) económicamente de mí. Decreto 1703/2002. Art. 3

Convivencia: bajo la gravedad de juramento, como cotizante declaro que conviví hace _____ meses con el(la) Sr(a) _____ identificado(a) con _____ (tipo de documento) número _____ expedida en _____ (Cotizante firma en el numeral 68) _____ Firma del compañero(a) permanente _____ No. documento _____

VII. Observaciones y anexos

67. Observaciones

Identificación cónyuge o compañero(a)

VIII. Indicaciones (Antes de firmar lea con atención y marque en el cuadro S (sí) o N (no), estos campos son de diligenciamiento obligatorio)

S

N

Declaro que he sido informado (a) clara y concisamente a través de los medios informativos de esta EPS en todos los aspectos referentes al diligenciamiento de este formato, proceso de adición de beneficiarios y tarifas de UPC.

S

N

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

S

N

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

S

N

Declaro que la EPS me entregó la Carta de Derechos del Afiliado y el Paciente y me informó que cualquier actualización la puedo consultar en la página web de la EPS o en la central telefónica.

S

N

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?

S

N

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

S

N

¿Declaro que en caso que se incumplan los pagos de UPC adicional, esta EPS podrá declarar insubsistentes los plazos y cuotas que constituyen la mora y así mismo exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente.

S

N

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

S

N

¿Autorizo a esta EPS el envío de información por correo electrónico y al celular por mensaje de texto.

Fui informado de las causales de suspensión o desafiliación por suministrar información falsa o engañosa. Decreto 2400 de 2002, Art. 2.

Decreto 1485 de 1994, Art. 14, numeral 14. "Las personas con nuevos contratos de trabajo o vinculación laboral deberán escoger al momento de su vinculación la Entidad Promotora de Salud a la cual estarán afiliados. Si pasado este término no eligiere, el empleador escogerá en su nombre la Entidad Promotora de Salud y procederá a afiliarlo. Esta afiliación se considerará válida por un periodo de tres (3) meses, que podrá prolongarse hasta un (1) año si el trabajador no manifiesta en este periodo otra decisión." En consecuencia, cuando el empleado no elija la EPS al momento de su vinculación laboral, el empleador firmará en el campo correspondiente acogiéndose a este decreto.

68. Firma del cotizante y documento de identidad

69. Firma Autorizado por el empleador

70. Firma y sello del empleador

71. Espacio para sello de radicado
Uso exclusivo de la EPS

Declaración del Actual Estado de Salud POS

Señor(a) afiliado(a), este cuestionario nos permitirá conocer su estado de salud y el de su grupo familiar. El objetivo es poder brindarle un servicio oportuno y vincularlo a los programas de salud preventiva que ofrece la EPS. Agradecemos su sinceridad al responder todas las preguntas. La EPS garantiza absoluta confidencialidad sobre la información que suministre en esta declaratoria.

Diligencie la información en el mismo orden registrado en el formulario de afiliación. TD: tipo de identificación, registre según tabla del numeral 4 contenido en las instrucciones de diligenciamiento de este formulario.

Tipo de afiliado	TD	Número de documento	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
Cotizante						
B1		Cónyuge y/o compañero(a)				
B2						
B3						
B4						

Rellene el cuadro totalmente cuando la respuesta sea **afirmativa**. ☐

Deje el cuadro en **blanco** cuando la respuesta sea **negativa**. ☐

Cuestionario	Cot.	B1	B2	B3	B4						
Variables de exposición											
1. ¿Realiza alguna actividad física o deporte semanalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2. ¿Presenta sobrepeso u obesidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3. ¿Ha perdido más de 10 kilos de peso en los últimos seis (6) meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4. ¿Actualmente fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5. ¿Consume bebidas alcohólicas más de una vez en el mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6. ¿Ha presentado tos por más de 15 días en los últimos tres (3) meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7. ¿Usa algún metodo de planificación familiar? (solo para mayores de 12 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8. ¿Presenta alguna limitación o discapacidad física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
9. ¿Ha tenido alguna enfermada relacionada con su trabajo u ocupación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Sufre o sufrió alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud											
10. ¿Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
11. ¿Presión o tensión alta (hipertensión arterial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
12. ¿Azúcar en la sangre o diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
13. ¿Artrosis, dolor frecuente en rodillas, caderas o limitación para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
14. ¿Enfermedades respiratorias como: asma, bronquitis, efisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que requieran o hayan requerido oxígeno o tratamiento con inhaladores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
15. ¿Alergias o infecciones respiratorias que hayan terminado en hospitalización en los últmtos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
16. ¿Problemas mentales o psiquiátricos que requieran o hayan requerido tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Sufre o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades por las cuales haya requerido tratamiento médico o cirugía											
17. ¿Infarto de corazón, angina cardiaca o pre infarto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
18. ¿Derrames cerebrales o trombosis (accidentes cerebro vascular)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
19. ¿Insuficiencia o falla renal, que requiera o haya requerido diálisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
20. ¿Epilepsia, convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
21. ¿Enfermedades y/o cirugía vasculares o del corazón como arritmias, problemas de válvulas cardiacas (soplos), falla o insuficiencia cardiaca, aneurismas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
22. ¿Enfermedades de transmisión sexual, VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
23. ¿Lupus, artritis reumatoide, esclerosis u otras enfermedades autoinmunes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
24. ¿Sangrados, hemofilia o anemia frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
25. ¿Malformaciones congénitas del corazón, cerebro, columna, médula espinal, riñón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
26. ¿Cáncer de cualquier órgano, tumores, cáncer en la sangre (leucemia, linfoma o mieloma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ha requerido o sabe si necesita alguno de los siguientes tratamientos											
27. ¿Reemplazo articular o prótesis de la cadera, rodilla u hombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
28. ¿Marcapasos, prótesis valvulares o del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
29. ¿Quimioterapia, radioterapia o cirugía para el cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
30. ¿Ha recibido o sabe que requiere trasplante algun órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Preguntas solo para mujeres mayores de 12 años											
31. ¿Está embarazada o cree estarlo en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
32. ¿Se ha practicado la citología dentro de los dos (2) últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
33. ¿Algún familiar cercano como: madre, hermanas, abuelas o tías, ha sufrido o ha muerto por cáncer de mama o seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<p>Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada y consignada en este formato corresponde rigurosamente a la verdad y no hay omisión de la misma. Autorizo a la EPS para solicitar a cualquier médico, profesional de la salud, centro hospitalario y otros, las historias clínicas y demás información de mi estado de salud y el de mis beneficiarios. Firmo para constancia a los ____ días del mes de _____ de _____</p> <p>Si considera que debe ampliar alguna de las preguntas realizadas, escriba en observaciones.</p> <table><tr><td>Observaciones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td><td rowspan="3"><div>Espacio para sello de radicado</div><div>Uso exclusivo de la EPS</div></td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td><div>Firma y cédula del cotizante</div></td><td></td></tr></table>						Observaciones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div>Espacio para sello de radicado</div> <div>Uso exclusivo de la EPS</div>			<div>Firma y cédula del cotizante</div>	
Observaciones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<div>Espacio para sello de radicado</div> <div>Uso exclusivo de la EPS</div>										
<div>Firma y cédula del cotizante</div>											

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO UNICO DE AFILIACIONES Y NOVEDADES A LA EPS

Diligencie el formulario en letra imprenta, legible, clara, sin borrones ni tachones. Datos y firmas, en tinta negra. Diligencie en cada casilla una letra, número, cruz o caracter, sin salirse de la cuadrícula y sin tocar los contornos. Use siempre mayúsculas. Los datos se deben diligenciar como aparecen en el documento de identidad. Los campos sombreados son para diligenciamiento del asesor o la EPS.

I. Tipo de trámite:

Marque con una X el tipo de trámite que va a realizar para el cotizante **A. Afiliación o B. Novedad (para cotizantes).**

Si es una **A. Afiliación**, diligencie la 1. Clase de afiliación y 2. Tipo de cotizante.

Si es una **B. Novedad** en la afiliación del cotizante, diligencie el número correspondiente a la novedad en el campo código de novedad. Para mayor detalle del diligenciamiento de este campo al final de este instructivo en la sección B. Para Novedades.

A. Afiliaciones

1. Clase de afiliación: marque con una X la clase de afiliación, **(Nuevo)** Usuario que ingresa por primera vez al SGSSS o se retiró hace más de 6 meses de la EPS; **(Reingreso)** Usuario con retiro e ingreso en el mismo mes o durante el mes inmediatamente anterior. **(Reintegral)** Usuario retirado entre dos y seis meses, **(Traslado)** Usuario trasladado de otra EPS.

2. Tipo de cotizante: diligencie el código de acuerdo con la siguiente tabla:

Cód.	Dependiente	Cód.	Independiente
01	Empleado	03	Independiente
02	Servicio doméstico	05	Contratista
12	Aprendiz Sena etapa lectiva	16	Agregiado
18	Funcionario público sin tope máximo IBC	20	Estudiantes (Rég. Especial Ley 789/2002)
19	Aprendiz Sena en etapa productiva	21	Estudiantes de postgrado en salud
47	Dependiente aportante Sistema General de Participaciones	52	Beneficiario del mecanismo de Protección al Cesante.
48	Dependiente Ley de Primer Empleo 1429	Cód.	Pensionado
49	Aprendiz SENA etapa lectiva Ley de Primer Empleo 1429	06	Vejez / Invalidez
50	Aprendiz SENA Etapa Productiva Ley de Primer Empleo 1429	07	Sustitución

II. Datos Cotizante:

3. Apellidos y nombres completos: diligencie según el orden establecido.

4. TD: diligencie el tipo de documento del cotizante:

1	Cédula de ciudadanía	2	NIT
3	Tarjeta de identidad	4	Cédula de extranjería
5	Pasaporte	6	Camé diplomático
7	Registro civil	9	MSI

5. No. de identificación: diligencie el número de documento de identificación.

6. Fecha de nacimiento: diligencie los datos de la fecha de nacimiento en números.

7. Género: diligencie **(F)** si es femenino; **(M)** si es masculino.

8. Estado civil: diligencie el estado civil de acuerdo a las siguientes siglas:

SO	Soltero(a)	CA	Casado(a)	UL	Unión libre
SE	Separado(a)	VI	Viudo(a)		

9. Tipo de discapacidad: si presenta alguna discapacidad diligencie la letra correspondiente.

F	Física	N	Neuro - sensorial	M	Mental
---	--------	---	-------------------	---	--------

10. Nombre de IPS: diligencie el nombre de la IPS donde desea ser atendido

11. Código de IPS: espacio a diligenciar por la EPS.

12. Nivel educativo: diligencie el código según el máximo nivel educativo alcanzado de la siguiente tabla:

1	No definido	2	Preescolar
3	Básica primaria	4	Básica secundaria (bachillerato básico)
5	Media académica (bachillerato básico)	6	Media técnica (bachillerato técnico)
7	Normalista	8	Técnica profesional
9	Tecnológica	10	Profesional
11	Especialización	12	Maestría
13	Doctorado		

13. Etnia: diligencie el código de acuerdo a la etnia que pertenezca:

1	Indígena	2	ROM (gitano)
3	Raizal (San Andrés y Providencia)	4	Palenquero de San Basilio
5	Negro (a), Mulato (a), Afrocolombiano(a) o Afro descendiente	6	Ninguno de los anteriores

14. Grupo poblacional: diligencie el código de acuerdo a la población que pertenezca:

1	Desplazados	2	Migrantes
3	Carcelarios	4	Gestantes
5	Otros	6	Desconocido (sin información)

15. Código de ocupación: diligencie el código de 2 dígitos de su ocupación actual. Este listado, que se basa en la clasificación internacional uniforme de ocupaciones adaptada para Colombia CIUO - 88 A.C., lo puede descargar de la página web www.compensar.com en la sección Salud / Información y Trámites. En los casos que no aplique se debe usar el código 99.

16. Cargo: diligencie el cargo que desempeña, como dependiente o independiente.

17. Dirección de residencia: diligencie la dirección de residencia del cotizante, que aparece en la factura de servicios públicos sin abreviaturas.

18. Barrio: diligencie el barrio que corresponde a la dirección de residencia del cotizante.

19. Zona: diligencie U si es urbana o R si es rural.

20. Localidad / Comuna: diligencie la localidad/comuna que corresponde a la dirección de residencia del cotizante.

21. Ciudad/Municipio: diligencie el nombre de la ciudad o municipio.

22. Departamento: diligencie el departamento.

23. Celular: diligencie el número de celular del cotizante.

24. Teléfono: diligencie el número de teléfono de residencia del cotizante.

25. Correo electrónico: diligencie el correo electrónico del cotizante.

26. EPS anterior: diligencie el campo con el nombre de la última EPS a la cual estuvo afiliado(a). Este campo solo aplica si la afiliación es para traslado de EPS.

27. Código EPS anterior: espacio a diligenciar por la EPS.

28. Mes de aporte: espacio a diligenciar por la EPS.

29. AFP: relacione la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual esta afiliado como empleado o independiente.

30. ARL: relacione la Administradora de Riesgos Laborales a la cual está afiliada la empresa.

31. Ingreso: diligencie el valor mensual del ingreso si es independiente, o el valor correspondiente al salario mensual como trabajador o pensionado.

32. Cotización: espacio a diligenciar por la EPS.

III. Información de beneficiarios

Nota: siempre diligencie en la primera línea los datos del cónyuge o compañero(a), posteriormente los demás beneficiarios.

33. TD: diligencie el tipo de documento del beneficiario según tabla del numeral 4 de este instructivo.

34. No. de identificación: diligencie el número de documento de identificación completo.

35. Apellidos y nombre completos: diligencie los apellidos y nombre de los beneficiarios a afiliar, según el orden establecido en cada fila B1, B2, etc. Recuerde que debe diligenciar siempre en la primera línea, B1, los datos de su cónyuge o compañero (a) en caso de ser uno de los beneficiarios.

36. Género: diligencie **(F)** si es femenino; **(M)** si es masculino.

37. Fecha de nacimiento: diligencie los datos de la fecha de nacimiento.

38. EPS anterior: diligencie el campo con el nombre de la última EPS a la cual estuvo afiliado(a) el beneficiario(a). Este campo solo aplica si la afiliación es para traslado de EPS.

39. Código EPS anterior: espacio a diligenciar por la EPS.

40. Parentesco: diligencie el código del parentesco de acuerdo con la siguiente tabla:

Grupo familiar			
Cód.	Parentesco	Cód.	Parentesco
CY	Cónyuge	AB	Abuelo
HI	Hijo	TI	Tio
PA	Padre	SP	Sobrinio
SU	Suegro	BI	Bisnieto
HN	Hermano	BS	Bisabuelo
NI	Nieto	BV	Beneficiario sin vínculo

41. Ocupación: diligencie el código de 2 dígitos de la ocupación actual de sus beneficiarios. Este listado, que se basa en la clasificación internacional uniforme de ocupaciones adaptada para Colombia CIUO - 88 A.C., lo puede descargar de la página web www.compensar.com en la sección Salud / Información y Trámites. En los casos que no aplique se debe usar el código 99.

42. Etnia: diligencie el código de acuerdo a la etnia que pertenezca cada uno de sus beneficiarios, según tabla del numeral 13 de este formulario.

43. Grupo poblacional: diligencie el código de acuerdo a la población que pertenezca cada uno de sus beneficiarios, según tabla del numeral 14 de este formulario.

44. Nivel educativo: diligencie el máximo nivel educativo alcanzado según la tabla del numeral 12.

45. Tipo de discapacidad: si presenta alguna discapacidad diligencie con la letra correspondiente, según tabla del numeral 9. de este instructivo.

46. Dirección de residencia: diligencie la dirección de residencia del Beneficiario sin abreviaturas, **sólo si es diferente a la del cotizante.**

47. Barrio: diligencie el barrio de residencia que corresponde a la dirección registrada del beneficiario, **sólo si es diferente a la del cotizante.**

48. Zona: diligencie U si es urbana o R si es rural, **sólo si es diferente a la del cotizante.**

49. Localidad / Comuna: diligencie la localidad/comuna que corresponde a la dirección de residencia del beneficiario, **sólo si es diferente a la del cotizante.**

50. Teléfono: diligencie el número de teléfono de residencia del beneficiario **sólo si es diferente a la del cotizante.**

51. Ciudad/Municipio: diligencie el nombre de la ciudad o municipio de residencia del beneficiario **sólo si es diferente a la del cotizante.**

52. Departamento: diligencie el departamento en el que se ubica el municipio **sólo si es diferente a la del cotizante.**

53. Nombre de IPS: diligencie el nombre de la IPS de su elección

IV. Información para beneficiarios UPC adicional

Si es adición de UPC adicional marque en **C. Cód novedad beneficiario**, el código 01. Diligencie el **capítulo II**, los datos del cotizante y en el **capítulo III**, diligencie los datos del beneficiario UPC.

Si la UPC no es adición y se radica al mismo tiempo con la afiliación del cotizante, registre en **capítulo III**, los datos del beneficiario UPC.

54. UPC adicional: marque con una X el número de beneficiario (B2, B3, B4,) donde relacionó el beneficiario que afiliará en calidad de UPC adicional, y diligencie la fecha de inicio de vigencia y valor de la UPC adicional.

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora

55. TD: marque el tipo de documento del empleador según tabla del numeral 4 de este instructivo.

56. No. de identificación: diligencie el número de identificación completo del empleador o pagador de pensión.

57. DV: diligencie el dígito de verificación.

58. Nombre o razón social: diligencie el nombre de la empresa o el nombre completo de la entidad pensionadora o persona natural.

59. Dependencia: diligencie la dependencia si la empresa solicitó creación de dependencias.

60. Centro de costo: indique centro de costo asociado a la dependencia.

61. Dirección: diligencie la dirección donde se recibe la correspondencia del área de talento humano o de nómina.

62. Barrio: diligencie el barrio que corresponde a la dirección de la empresa o empleador.

63. Ciudad: diligencie la ciudad que corresponde a la dirección de la empresa o empleador.

64. Teléfono: diligencie el teléfono del área de talento humano o nómina.

65. Correo electrónico empresa: diligencie el correo electrónico genérico del área encargada de afiliaciones de la empresa.

66. Fecha Ingreso a la empresa: diligencie la fecha de ingreso del trabajador a la empresa, en números.

VI. Declaraciones juramentadas

En caso de requerir declaración de dependencia económica y/o declaración juramentada de convivencia, diligencie estos campos y marque con una X según corresponda. Su firma al final del formulario confirma las declaraciones marcadas y/o diligenciadas.

Si tiene beneficiarios que dependen económicamente de usted, no olvide marcar con una X el cuadrante de Dependencia económica.

Si va a afiliar como beneficiario (a) a su compañero (a) permanente, diligencie los datos del cuadrante Convivencia, y en el cual su compañero (a) debe firmar.

VII. Observaciones

67. Observaciones: use este campo para el registro de **B. Novedades**, o si requiere escribir información adicional.

VIII. Indicaciones

(ESTOS CAMPOS SON DE DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO NO PUEDEN ESTAR EN BLANCO)

Lea con atención cada una de las autorizaciones y declaraciones. Marque X en S (Si) o N (No)

Es importante que como cotizante confirme la veracidad de la información que se reporta en este capítulo.

68. Firma del cotizante y documento de identidad: registre la firma y número de documento de identidad como trabajador cotizante. Recuerde su firma es la evidencia de la veracidad de la información diligenciada.

69. Firma autorizada por el empleador: registre la firma de la persona a quien el empleador autoriza como responsable de la información contenida en el formato, y en nombre del trabajador cuando aplica el Decreto 1485 de 1994, Art. 14, numeral 14.

70. Firma y sello del empleador: registre la firma de la persona a quien el empleador autoriza como responsable de la información contenida en el formato. En el caso de ser pensionado o independiente no diligencie este espacio.

71. Espacio para sello de radicado: campo para el sello de recibido. Es de uso exclusivo de cada EPS.

B. Novedades

Si usted desea hacer alguna novedad a su afiliación como trabajador cotizante, marque una X en el en el campo **B. Novedad** que se encuentra en el capítulo I. **Tipo de trámite** y posteriormente diligencie el **código de novedad** en el campo correspondiente.

Si desea agregar un beneficiario a su grupo familiar o realizar alguna novedad en la afiliación de sus beneficiarios, marque el código de la novedad en el campo **C. Cód Novedad Benef.** que se encuentra en el **capítulo III. Información de beneficiarios**, de acuerdo la siguiente tabla:

Cód.	Novedad	Cód.	Novedad
01	Adición de beneficiarios	13	Unificación de grupo familiar
08	Corrección de nombres o apellidos	14	Disolución del grupo familiar
09	Cambio o corrección de identificación	15	Cambio de cabeza de familia
10	Actualización de dirección	16	Retiro por fallecimiento
11	Actualización de teléfono	18	Retiro beneficiarios
12	Modificación del ingreso mensual		

Si la novedad a realizar es:

01. Adición a beneficiarios: diligencie completamente el capítulo III. **Información de beneficiarios** y código de la novedad según tabla de novedades.

08. Corrección de nombres o apellidos: para corrección de nombre(s) o apellido(s) diligencie los datos correctos con el respectivo código de novedad en el capítulo I. campo **B.** para cotizante, o en el capítulo III. campo **C.** para beneficiarios. No olvide indicar los nombres o apellidos con que actualmente se encuentra registrado en la EPS, el cotizante o beneficiario, en el **numeral 67 de observaciones.** Anexe copia del documento de identificación correspondiente a la corrección.

09. Cambio o corrección de identificación: para corrección de identificación diligencie el número correcto con código de novedad en el capítulo I. Campo **B.** para cotizante, en el capítulo III. campo **C.** para beneficiarios. No olvide indicar número de identificación con el que registra actualmente el cotizante y/o beneficiario a corregir en la base de datos de la EPS en el numeral **67 de observaciones.** Anexe copia del documento de identificación.

10. Actualización de dirección: diligencie la dirección a modificar en el capítulo II. con el respectivo código de novedad en el capítulo I. campo **B.** para cotizante, y en el capítulo III. campo **C.** para beneficiarios.

11. Actualización de teléfono: diligencie el teléfono a modificar en el capítulo II. con el respectivo código de novedad en el capítulo I. campo **B.** para cotizante, y en el capítulo III. campo **C.** para beneficiarios.

12. Modificación de ingreso: en el capítulo II. numeral 31. escriba el nuevo ingreso, con el código de la novedad en el capítulo I. datos del cotizante campo **B.**

13. Unificación de grupo familiar: en el capítulo III. en el campo B1 cónyuge o compañero(a), diligencie los datos completos del compañero(a) y/o cónyuge con el código de la novedad en el campo **C.** Anexe copia del registro civil del matrimonio y/o declaración juramentada de convivencia.

14. Disolución del grupo familiar: en el capítulo III., en el campo B1, diligencie los datos completos del ex compañero(a) o ex cónyuge con el código de la novedad en el campo **C. Cód Novedad Beneficiarios.** Anexe Acta o Sentencia de divorcio, o declaración juramentada de no convivencia; si el beneficiario es quien desea realizar la novedad, la declaración juramentada de no convivencia debe ser firmada por el beneficiario y 1 testigo.

15. Cambio de cabeza de familia: en el capítulo III. en el campo B1 cónyuge o compañero(a), diligencie los datos completos del nuevo cabeza de familia con el código de novedad en el campo **C.**

16. Retiro por fallecimiento: si el fallecimiento es del cotizante diligencie el numeral I. campo **B.** Si el fallecimiento es de un beneficiario diligenciar los datos del capítulo III. Campo **C.**, indique fecha de fallecimiento en el numeral **67 observaciones.** Anexe registro de defunción.

18. Retiro de beneficiarios: diligencie en el capítulo III. los datos del beneficiario a retirar con el código de la novedad en el campo **C.** Escriba el motivo del retiro en el numeral **67. Observaciones.** Anexe documento soporte. Para cualquier inquietud sobre el diligenciamiento del formulario, documentos reglamentarios vigentes para la afiliación de cotizante y/o beneficiario, y carta de derechos de los afiliados y de los pacientes ingrese a la página web o comuníquese a la Central Telefónica.

Recuerde diligenciar la declaración del actual estado de salud POS para usted como cotizante y para cada uno de sus beneficiarios, al final de la declaración debe firmar, como constancia de la veracidad de la información suministrada en la declaración por cada uno de las personas a afiliar.

Carta de derechos de los afiliados de Compensar EPS y su carta de desempeño

Apreciado afiliado, para nuestra EPS es muy importante compartir la siguiente información, el cual le permitirá a usted y su familia conocer los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) a los que tiene derecho como afiliado.

GLOSARIO

ARL: Administradora de Riesgos Laborales

CTC: Comité Técnico Científico

EPS: Entidad Promotora de Salud

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

POS: Plan Obligatorio de Salud

PyP: Programas de Promoción y Prevención

PAI: Punto de Atención Integral

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

UPC: Unidad de Pago por Capacitación

Atención ambulatoria: modalidad de prestación de servicios de salud, sin necesidad de intentar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente.

Atención con internación: modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

Actividad de salud: conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

Anamnesis: Conjunto de los datos clínicos relevantes y otros del historial de un paciente.

Atención de urgencias: modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las 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.

Atención domiciliaria: modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

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 no programada: es un servicio de consulta externa, orientado a atender enfermedades e baja complejidad que no ameritan la atención de urgencias.

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 urgencias, general o especializada.

Interconsulta: es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

Prevención de la enfermedad: es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo, abarca las 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.

Procedimiento: acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

Promoción de la salud: Son todas las estrategias educativas, comunicacionales y de información, dirigidas a todos los afiliados, con el fin de promover en ellos practicas y comportamientos saludables, su compromiso en la contribución de niveles de salud esperados y la adecuada y oportuna utilización de los servicios de salud contribuyendo al uso racional y sostenible. La información suministrada por los diversos canales básicamente es sobre factores protectores (ej. vacunas) y de riesgo (ej. tabaquismo) en la población general o por ciclo vital.

Régimen Contributivo: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Sistema General de Seguridad Social: es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Tecnología de salud: concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

Tratamiento de alto costo: son los servicios que reciben las personas para tratar las enfermedades raras o catastróficas, tales como: cáncer de cérvix, cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata, leucemia linfóide aguda, linfoma hodgkin, linfoma no hodgkin, epilepsia, artritis reumatoidea, infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE TIENE DERECHO COMO AFILIADO AL POS

El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de prestaciones asistenciales y económicas en salud, definidas por ley, que todas las Entidades Promotoras de Salud, deben prestar a sus afiliados en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 5521 de 2013 ha establecido las siguientes coberturas y plan de beneficios en salud para usted y sus beneficiarios:

- Servicios de puerta de entrada: consulta médica y odontológica no especializada, pediatría y obstetricia para mujeres embarazadas
- Atención de urgencias
- Prestaciones económicas (solo cotizantes)
- Vacunación
- Servicios de apoyo diagnóstico: laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear y escanografía
- Servicios especializados de salud y especialidades medico quirúrgicas, remitidos por medicina general o por cualquier especialidad definida como puerta de entrada.
- Apoyo terapéutico: terapia física, respiratoria y del lenguaje.
- Atención con tratamientos de alto costo para enfermedades catastróficas.
- Suministro de medicamentos esenciales.
- Atención de accidentes de trabajo con recobro a la ARL.

El plan de beneficios completo lo puede encontrar en la página web:

www.compensar.com/salud

AYÚDENOS A CUIDAR SU SALUD: PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Los servicios de demanda inducida, son 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.

El enfoque de nuestro modelo de atención está basado en la gestión de riesgos en salud, y en esta gestión es fundamental su autocuidado, por esto, en los programas de Promoción y Prevención encontrará aquellas acciones y procedimientos integrales, orientados a fortalecer y desarrollar habilidades para mantener y mejorar su salud y la de su familia.

Los siguientes servicios no tienen costo para los afiliados:

Protección específica: vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención preventiva en salud bucal, atención del parto (los beneficiarios pagan copago), atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Detección temprana: detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menores de 10 años), detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), detección temprana de las alteraciones del embarazo, detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años), detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana del cáncer de seno, detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual de personas en edades de 4, 11, 16 y 45 años y consulta de salud visual para el adulto mayor.

Atención obstétrica: las mujeres en estado de embarazo se les cubrirán la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto (los beneficiarios pagan copago), en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

La atención obstétrica contemplará: consulta médica general (De acuerdo con la guía de atención), consultas de enfermería (De acuerdo con la guía de atención), consulta por obstetra, dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo con la guía de atención, ecografía gestacional de acuerdo con el criterio médico, atención del parto, consultas post parto, medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo con lo establecido para el nivel I de atención, radiografía de acuerdo con lo establecido para el nivel I, atención de urgencias, odontología, atención en nutrición y planificación familiar. (De acuerdo con el riesgo obstétrico se definirá el plan a seguir con la paciente.)

Adicionalmente, las actividades de inducción de demanda se realizan con el fin de clasificar el riesgo en el que se encuentra el usuario y tiene como fin realizar una intervención oportuna tanto para prevenir que se instaure una patología, como para poder actuar rápidamente cuando ya tiene la enfermedad instaurada, también cuando presenta una condición particular. Dentro de estas actividades están incluidas las personas con patologías crónicas: diabetes, enfermedades cardiovasculares en general y cáncer y post-hospitalización en gestantes.

LOS SERVICIOS DE SALUD QUE NO ESTÁN INCLUIDOS EN EL POS

Conforme lo establecido en la Resolución 5521 de 2013, el POS excluye todas las actividades, procedimientos y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosmético, estético o suntuario, y aquellos que expresamente se relacionan a continuación:

Exclusiones Generales:

- Tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.
- Tecnologías en salud de carácter experimental o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, o que no hayan sido reconocidas por las autoridades nacionales competentes.
- Tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos, instructivos o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.
- Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

Exclusiones Específicas:

- Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética, o suntuaria.
- Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- Tratamientos para la infertilidad.
- Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.
- Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el POS según el presente acto administrativo.
- Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
- Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el Invima como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.
- Tratamiento con psicoanálisis.
- Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.
- Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
- Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa en el presente acto administrativo.
- Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
- Pañales para niños y adultos.
- Toallas higiénicas.
- Artículos cosméticos.
- Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
- Líquidos para lentes de contacto.
- Tratamientos capilares.
- Champús de cualquier tipo.
- Jabones.
- Cremas hidratantes o humectantes.
- Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
- Medicamentos para la memoria.
- Edulcorantes o sustitutos de la sal.
- Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en el presente acto administrativo.
- Enjuagues bucales y cremas dentales.
- Cepillo y seda dental.
- La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.
- La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.

- La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
- La atención financiada con recursos diferentes a los del POS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.
- Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.
- Atenciones de balneoterapia.
- Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).
- Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.
- Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.
- Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

CONOZCA SUS DERECHOS Y DEBERES:

En esta sección encontrará los derechos y deberes que contempla la Ley para usted y su grupo familiar como afiliados al POS.

Derechos:

- Obtener una segunda opinión sobre su tratamiento o diagnóstico.
- Solicitar un resumen escrito de su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y cuidados recibidos.
- Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios.
- Acceder a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos con necesidad según procedimiento establecido.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
- A que la entidad promotora de salud autorice los servicios que requiera y aquellos que requiera con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud acorde con los procedimientos establecidos y según reglamentación vigente.
- 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 posible respetando los deseos del paciente incluso en caso de enfermedad irreversible.
- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud que respete sus creencias y costumbres su intimidad así como las opiniones personales que tenga sin recibir trato discriminatorio.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad y a recibir la mejor asistencia médica por el personal competente y autorizado.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsible e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Ser respetado en su voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
- Morir con dignidad y respeto de su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- Para la verificación de derechos se solicitará 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 información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias así como a recibir una respuesta oportuna.
- Proteger los derechos a acceder a un servicio de salud a la población infantil (Menores de 18 años) para conservar su vida, su dignidad y su integridad, así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos.
- Disfrutar y mantener una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
- Respetar las decisiones de realizar procedimientos o tratamientos de los familiares o representantes en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad del paciente, dejando expresa constancia en lo posible escrita de su decisión.
- El derecho a que los familiares o representantes, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad del paciente, consientan o rechacen procedimientos o tratamientos. Los profesionales de la salud, los progenitores y los tutores o curadores promoverán la adopción de decisiones autónomas por parte de los menores de edad.
- Mantener la confidencialidad y secreto de su información clínica, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la historia con su autorización o por parte de las autoridades competentes en las condiciones que la ley determine.
- Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- 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 entidades promotoras de salud 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.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.
- Recibir la valoración científica y técnica por parte de la entidad promotora de salud, 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 o incapacidad, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la entidad promotora de salud no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Protección especial a los afiliados con 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 cobrársele copagos.
- 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 súbitamente.
- Toda persona tiene derecho a que las entidades promotoras de salud o autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, adopten 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 por escrito, del prestador de servicios de salud, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
- Acceder a los servicios de salud sin que la entidad promotora de salud 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 entidad promotora de salud autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.

- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.

Deberes:

- 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.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- Cumplir las normas del sistema de salud.
- Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
- 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.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre mi estado de salud, composición de mi grupo familiar e ingreso mensual.
- Reportar cualquier novedad que se presente, tanto para el cotizante como para los beneficiarios: cambio de documento de identificación, dirección, teléfono, ciudad, grupo familiar, fallecimiento de algún beneficiario.

Causales de suspensión y desafiliación (Decreto 1703 de 2002):

- Se suspende la afiliación por las siguientes causales:
- Mora de 1 mes en cotizaciones o UPC adicionales (Decreto 1406 - Art. 57) (el afiliado asume costos de prestación y de valores en mora, excepto en caso de responsabilidad del empleador o entidad pensionadora, asumiéndolos éste o ésta.)
 - Si no se presentan los soportes requeridos para:
 - Acreditar condiciones de miembros del grupo familiar
 - Acreditar derechos de los beneficiarios a permanecer inscritos, solicitados durante auditoría realizada por la EPS
 - Comprobar que los beneficiarios realmente forman parte del grupo familiar.

Las causales de desafiliación son:

- Pérdida de capacidad de pago
- Dejar de ser dependiente y no tener capacidad para aportar cómo independiente (reporta retiro oportunamente a través de la planilla integrada)
- Independiente sin capacidad de pago (reporta oportunamente su retiro a través de la planilla integrada o asistida)
- 4 Meses continuos de suspensión por no pago de las cotizaciones o de la UPC adicional.
- 3 meses de suspensión por falta de soportes de afiliación
- Comprobación por parte de la EPS de beneficiarios que no tienen derecho a estar afiliados cómo tales (en este caso el cotizante también es desafiliado)
- Fallecimiento del cotizante, salvo que exista otro cotizante en el grupo familiar, quien quedará cómo cabeza de grupo
- Cuando la Superintendencia Nacional de Salud defina quejas o controversias de MULTIAFILIACIÓN
- Terminación unilateral del contrato con los afiliados o negación de la afiliación a quien desee afiliarse, en casos de utilización abusiva de servicios o mala fe por parte del afiliado.

TENGA EN CUENTA...

A partir del primero de enero de 2012, no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, según la Ley 1438 de 2011 artículo 32.3. El usuario no deberá acreditar periodos mínimos de cotización para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo, razón por la cual podrán acceder a la totalidad de los tratamientos que requieran este tipo de enfermedades desde el momento en que se haga efectiva la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

VALORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuotas moderadoras: tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS, éstas se cobran tanto a afiliados cotizantes como afiliados beneficiarios de la EPS.

Los servicios a los que se aplicará el cobro de cuotas moderadoras son: consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada, consulta externa por médico especialista, fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante, exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.

Monto de cuotas moderadoras: se aplicarán por cada actividad descrita, con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos, si existe más de un cotizante por grupo familiar, la base será el menor de los ingresos declarados, para toda la familia, así:

Estrato	Ingreso base cotización	Cuota moderadora
1	Menos de 2 SMMLV	11.7 % de SMDLV
2	Entre 2 y 5 SMMLV	46.1 % de SMDLV
3	Más de 5 SMMLV	121.5 % de SMDLV

La no cancelación de los pagos moderadores no puede ser barrera de acceso al servicio de salud.

Copagos: aportes en dinero que deben realizar exclusivamente los afiliados beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud POS, de acuerdo con el salario o ingreso del afiliado cotizante. Los valores corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud con excepción de servicios de promoción y prevención, programas de control en atención materno infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, atención inicial de urgencias, servicios a los que le sea aplicable el cobro de cuota moderadora.

Monto de copagos por afiliado beneficiario: El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes de la siguiente manera:

Estrato	I.B.C ingreso base cotización	Copago por evento	Tope máximo copago por año calendario
1	Menos de 2 SMMLV	11.5 % del valor del servicio sin que se exceda el 28.7% de un (1) SMMLV	57.5% de un (1) SMMLV
2	Entre 2 y 5 SMMLV	17.3 % del valor del servicio sin que exceda el 115.0% de un (1) SMMLV	230% de un (1) SMMLV
3	Más de 5 SMMLV	23% del valor del servicio sin que exceda el 230% de un (1) SMMLV	460.0% de un (1) SMMLV

Los siguientes grupos de población están exentos de pagos de cuotas moderadoras y copagos, según Circular 016 de 2014:

- Población con discapacidad mental que tiene derecho a los servicios de salud de manera gratuita.
- Población menor de 18 años con diagnóstico o sospecha por el profesional de la salud para cáncer, en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades.
- Población menor de 18 años con diagnóstico o sospecha por el profesional de la salud para aplasias medulares y síndromes de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas, histiocitosis y desórdenes hemorrágicos histiocitarios.
- Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de vasectomía o ligadura de trompas.
- Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato.
- Las mujeres víctimas de violencia física o sexual.
- Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido.
- Las víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción.

UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD

Como afiliado a Compensar EPS, usted puede escoger la Unidad de Servicios de Salud más cercana a su hogar o lugar de trabajo, dentro de las siguientes unidades de atención básica:

USS	Dirección	Citas Médicas	Nivel
Álamos	Calle 64G No. 90A - 40	730 0200	I y II
Calle 13	Calle 13 No. 28 - 61	444 1234	
Calle 80	Calle 80 No. 69K - 27	444 1234	
Calle 125	Autopista Norte No. 123 - 60	651 3900	
Carrera 30 Calle 22 sur	Avenida primero de mayo (Cll. 22 Sur) No. 34 - 27 sur	444 1234	
Ciudad Bolívar	Avenida Villavicencio No. 45D – 14	730 0200	
Chía	Carrera 3 Este No. 20 - 84 Piso 3, Salud Market	444 1234	
Facatativá	Carrera 7 No. 11-14 Santa Rita	444 1234	
Fontibón	Av. Calle 13 con Carrera 104 C. C. Portal de la Sabana	444 1234	
Av. Primero de Mayo	Av. 1° de mayo No. 10 bis - 22 sur	444 1234	
Soacha	Diagonal 7 No. 8 - 21 León XIII	730 0200	
Kennedy	Transversal 78H No. 41C - 48 sur	444 1234	
Kennedy 2	Carrera 78K No. 33A - 39 sur	444 1234	
Calle 26	Avenida Calle 26 No. 66 A - 48	444 1234	
Calle 42	Calle 42 No. 13 -19	444 1234	
Calle 67	Calle 67 No. 10 - 06	444 1234	
Zipaquirá	Calle 1 No. 10 - 04 Piso 3 C.C	444 1234	
Kennedy 3	Transversal 73D No. 39 A - 90 Sur	444 1234	
Suba	Avenida calle 145 No. 85 - 52 Local 2	444 1234	

RED DE URGENCIAS

Recuerde que como afiliado al POS de Compensar EPS puede escoger libremente la institución de atención de urgencias dentro de la red contratada y que la EPS ha gestionado para brindarle servicios con calidad.

IPS	Dirección	Teléfono	Nivel de Atención	Tipo de atención
Cruz Roja Col. Seccional Cundinamarca Sede Calle 68	Av. Cra. 68 No. 68B - 31	7460909	MEDIA - ALTA	Urgencias Generales Pediatría
Cruz Roja Col. Seccional Cundinamarca Sede Calle 145	Autopista Norte con Calle 145 / Av. Cra. 45 No. 145 - 64	7460909	MEDIA - ALTA	Urgencias Generales Pediatría
Cruz Roja Col. Seccional Cundinamarca Sede Alquería	Cra. 68 No. 31 - 41 sur	7460909	MEDIA - ALTA	Urgencias Generales Pediatría
Instituto Roosevelt	Av. Circunvalar (Cra. 4 Este) No. 17 - 50	3534000	MEDIA	Pediatría (consulta prioritaria)
Hospital de La Misericordia	Cra. 14 (Av. Caracas) No. 01 - 13	3811970 Ext. 346	MEDIA	Pediatría
Clinica Universidad de La Sabana	Autop. Norte Km. 21 Vía La Caro	861777	ALTA	Urgencias Generales Pediatría Gineco - obstetricia
Eusalud	Diag. 53 No. 16 - 80	5878087	MEDIA	Gineco - obstetricia
Clinica Magdalena	Cl. 39 No. 14 - 34	2853900	CON-SULTA PRIORITA-RIA	Consulta Prioritaria Gineco - obstetricia
Hospital Universitario Mayor- Mederi	Cl. 24 No. 29 - 61	4877070	ALTA	Ginecoobs- tetricia Cardiovas- cular
Hospital San José	Cl. 10 No. 18 - 75	3538008	ALTA	Pediatría

IPS	Dirección	Teléfono	Nivel de Atención	Tipo de atención
Clinica El Bosque	Cl. 134 No. 7B - 41	6499300	MEDIA - ALTA	Ginecoobs- tetricia
Hospital Universitario San Ignacio	Cra. 7 No. 40 - 62	4227722	ALTA	Cardiovas- cular
Fundación Cardio Infantil	Calle 163A No. 13B - 60	6672727	ALTA	Pediatría
Clinica La Paz	Cl. 13 No. 68F - 25	2921277 Ext 138/139	MEDIA - ALTA	Salud Mental

Consulta Prioritaria Odontológica Diurno

IPS	Dirección	Teléfono	Nivel de atención
Unidad de Servicios Calle 26	Av. Calle 26 No. 66 A - 48	4441234	Baja
Unidad de Servicios Calle 42	Calle 42 No. 13 - 19	4441234	Baja
Unidad de Servicios Kennedy 2	Cra. 78 K No. 33 A - 39 Sur	4441234	Baja
Unidad de Servicios Ciudad Bolivar	Av. Villavicencio No. 45D - 14	7300200	Baja
Unidad de Servicios Calle 13	Calle 13 No. 28 - 61	300 0347	Baja
Unidad de Servicios Soacha	Diag. 7 No. 8 – 21 León XIII	7300200	Baja
Ayda Rojas	Cl. 36 Sur No. 78 A - 23 Piso 2 (sin ascensor)	2731129 4505312	Baja

Consulta odontológica prioritaria nocturnas, domingos y festivos

IPS	Dirección	Teléfono	Nivel de Atención	Horario
Sorama	Cr. 40B No. 10 - 49 SUR	2021808 2024588 Cel: 3187883615	BAJA	Lunes a viernes de 7:00 am a 9:00 pm Sábados de 8:00 am a 9:00 pm Domingos y festivos de 8:00 am a 8:00 pm.
Sedato (sede Cruz Roja Colombia- na)	Av. Cr. 68 No. 68B - 05	6601318 Cel: 3138862556	BAJA	Lunes a viernes de 7:00 am - 12:00 de la noche Sábados de 7:00 am - 12:00 de la noche Urgencias festi- vas y nocturnas desde las 7:00 am hasta las 12 de la noche, en caso de no poder comunicarse al teléfono fijo, llamar al celular.

ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD ES MUY FÁCIL:

Mecanismo de acceso a servicios de primer nivel o atención ambulatoria: Los servicios de primer nivel de atención son las consultas de medicina general, optometría, higiene oral, pediatría y las actividades de promoción y prevención, a los cuales puede acceder comunicándose al número telefónico de la Unidad de servicios escogida. Para los demás servicios ambulatorios, tales como: consultas especializadas, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico y medicamentos, se requiere remisión y/o orden médica de un profesional adscrito a Compensar y con cita registrada en el sistema de información para acceder a estos servicios.

Mecanismo de acceso a servicios de salud electivos (Cirugía programada): La remisión para el acceso a los servicios de cirugía debe presentarse directamente en los puntos de atención Integral (PAI) Calle 26, Calle 42 y Kennedy, y con la facilitadora en las USS Álamos, Calle 13, Calle 80, Calle 125, Ciudad Bolívar, Soacha y Chía. Para cirugía prioritaria o urgente se hace revisión y entrega inmediata en el área de Servicios electivos de las USS Calle 26, Calle 42 y Kennedy. La respuesta positiva le será comunicada al usuario, dentro de los días siguientes al recibo de la solicitud, establecidos por la normatividad vigente, donde Compensar EPS se comunica telefónicamente para informar la autorización del procedimiento, el valor del copago y la dirección de la oficina de programación de cirugía para programar la cirugía y la consulta de anestesia.

En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la autorización se entregará de manera inmediata, indicándole al usuario la institución en donde será atendido.

Mecanismo de acceso a los servicios de urgencias: Si usted presenta síntomas que comprometen su vida, acuda a la institución de urgencias más cercana (ver red de urgencias POS). Si la urgencia se presenta fuera de Bogotá, por favor acuda a cualquiera de las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Mecanismo de acceso a servicios no incluidos en el plan de beneficios: Cuando el procedimiento médico, insumo y/o medicamento ordenado para el tratamiento por el profesional de salud inscrito a Compensar EPS, no está incluido dentro de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud POS, la solicitud del mismo puede presentarse ante el Comité Técnico Científico (CTC).

El Comité Técnico Científico es un órgano autónomo conformado por un representante de la EPS, un representante de las IPS adscritas a Compensar y un representante de los usuarios elegido en la Asamblea Anual de Usuarios. Este comité se encarga de analizar las solicitudes presentadas y aprobarlas o desaprobarlas según lo definido en la Resolución 5395 de 24 de diciembre 2013.

Documentos que se deben presentar en el Comité Técnico Científico:

- Formato de solicitud debidamente diligenciado por el médico tratante.
- Resumen de historia clínica completo que evidencie y justifique el servicio ordenado, incluyendo la última consulta y firmado por el mismo profesional que solicita el servicio con vigencia no mayor a 30 días
- Fórmula para el medicamento solicitado cumpliendo los requisitos legales para la formulación y/o copia de la orden médica del servicio médico o prestación solicitada.
- Resultados de exámenes de apoyo diagnóstico y en casos especiales los estudios realizados y protocolos de manejo.

Los documentos completos deben ser presentados en las siguientes oficinas de autorización CTC. La respuesta a la solicitud y entrega de autorizaciones se realizará en los días siguientes a la fecha de radicación establecidos por la normatividad vigente. (Confirmando No. del acta de aprobación del comité y número de caso).

USS Calle 26 Torre C Piso 1 lunes a viernes de 6:30 a.m. a 5:00 p.m. sábados de 8:00 a.m. a 12:00 m.	USS Calle 42 Piso 2 Ventanilla 27 lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. sábados de 8:00 a.m. a 12:00 m.
USS Kennedy 1 Sotano Ventanilla 20 lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm sábados de 8:00 am a 12:00 m.	

TRANSPORTE Y ESTADÍA:

Los afiliados a Compensar EPS tendrán derecho al servicio de transporte en los casos de urgencia debidamente certificada o en los casos en que los pacientes se encuentren internados en una institución prestadora de servicios de salud y requiera atención complementaria. La IPS en la cual se esté prestando el servicio de salud se comunicará con la Central telefónica 441234 para coordinar el servicio.

PARA ACCEDER AL SERVICIO DE SALUD:

Como afiliado de Compensar EPS, es indispensable presentar el documento de identificación del usuario que va a recibir el servicio de salud.

CONTACTENOS:

- Canal presencial: Oficina de Atención al Usuario, Avenida Calle 26 No. 66 A – 48, piso 3 - torre A
- Canal virtual: www.compensar.com (24 horas)
- Canal telefónico: 444 1234 - 018000 915202 (24 horas)

Así mismo, Compensar EPS cuenta con Puntos de Atención Integral PAI, en los cuales se brinda información y orientación al usuario de manera personalizada.

Institución	Dirección	Horario
Compensar Calle 26	Avenida calle 26 No. 66A - 48	Lunes a viernes de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sábados 6:30 a.m. a 4:00 p.m
Compensar Calle 42	Calle 42 No. 13 - 19	Lunes a viernes de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sábados 6:30 a.m. a 4:00 p.m
Compensar Calle 125	Autopista Norte No. 123 - 60	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Compensar Kennedy	Transversal 78H No. 41C - 48 sur	Lunes a viernes de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sábados 6:00 a.m. a 4:00 p.m
Compensar Fontibón	Avenida calle 13 con carrera 104 C.C. Portal de la Sabana	Lunes a viernes de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sábados 6:30 a.m. a 4:00 p.m
Compensar Av. Primero de Mayo	Avenida Primero de Mayo No. 10 Bis - 22 sur	Lunes a viernes de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sábados 6:00 a.m. a 4:00 p.m

LIBRE ELECCIÓN:

Compensar EPS garantiza a sus afiliados la libertad de elección de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales, entre las opciones que como Entidad Promotora de Salud ofrece, dentro de su red de servicios. Así mismo, garantiza la libre escogencia y traslado de EPS de salud de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y demás condiciones previstas en la ley.

- Frente a la libertad de escogencia de IPS:** Los afiliados podrán elegir la IPS o profesional de la salud del listado publicado en la presente carta; teniendo en cuenta las novedades y actualizaciones realizadas en el sitio web de Compensar EPS: www.compensar.com. Y los mecanismos de referencia y contra referencia definidos para el acceso a cada uno de los servicios por niveles de complejidad.
- Frente a la libertad de escogencia y traslado de EPS:**
- El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a Compensar EPS.
 - Si el plazo de doce meses se cumpliera durante el transcurso de una incapacidad o licencia de maternidad, la oportunidad para el traslado se suspenderá hasta el primer día hábil del mes siguiente, en el cual termine la licencia o incapacidad. Lo aquí dispuesto también se aplicará cuando el afiliado requiera procedimientos de alta complejidad mientras se encuentra internado en una entidad hospitalaria.
 - El término de traslado voluntario cuenta con estas excepciones: en casos de unificación de grupo familiar y cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS, o en los casos de no cobertura geográfica.
 - En general, cuando el paciente se encuentre en un tratamiento de alto costo deberá permanecer por lo menos dos (2) años afiliado a la EPS después de culminado el tratamiento.

¿QUIERE PARTICIPAR EN EL CONTROL DE GESTIÓN PÚBLICA EN EL SISTEMA DE SALUD?

Participación social en salud: es el ejercicio del poder de cada uno(a), para transformar la esfera de lo público en función del bien común, en este marco, la participación en salud es la posibilidad para que los(as) sujetos(as) construyan calidad de vida (construcción social de la salud) como acción social y política. Esta participación de los(as) ciudadanos(as), busca promover y facilitar la toma de decisiones y el fortalecimiento del control social de la gestión pública en los asuntos relacionados con la salud y la calidad de vida.

Asociaciones de usuarios o ligas de usuarios de la EPS: es una agrupación de personas conformada por afiliados al régimen contributivo, al régimen subsidiado, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Todos los usuarios podrán participar en las instituciones del sistema de salud formando asociaciones de usuarios que los representarán, ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las empresas promotoras de salud, del orden público, mixto y privado. Aquellos no afiliados a una Institución Prestadora de Servicio o Entidad Promotora de Salud podrán participar en las asociaciones de usuarios pertenecientes a las IPS públicas en la cual se le presten sus servicios de salud como población pobre no afiliada.

Algunas de las funciones de la Asociación de Usuarios son: asesoría a sus asociados en las formas de acceder a los servicios de la EPS, y red prestadora; mantener canales de comunicación que permita conocer sus inquietudes y procurar dar soluciones; ejercer veeduría sobre la calidad de los servicios.

Los usuarios de Compensar EPS han creado la Asociación de Usuarios cuya razón social es "ASUCOM EPS", organismo cívico sin ánimo de lucro registrado y reconocido por las entidades competentes. Integrada voluntariamente por personas naturales afiliadas a Compensar EPS que se denominan usuarios. La Asociación de Usuarios de Compensar EPS, cuenta con una oficina ubicada en la Sede Calle 26 - Avenida Calle 26 No. 66 A – 48 torre A, tercer piso, pueden comunicarse al 4285088 ext. 25697, si lo prefiere enviar sus comentarios al correo asucom@aseguramientosalud.com

Audiencias Públicas: Compensar EPS, una vez al año convoca, programa, organiza y desarrolla la rendición de cuentas a través de las Audiencias Públicas, en la que se informa la gestión adelantada en la prestación del servicio, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, así como los avances y los logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas.

Consultas ciudadanas: Es un espacio de interacción que promueve la Superintendencia Nacional de Salud Delegada, para la protección al usuario y la participación ciudadana, en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, que se encuentren vulnerando los derechos de los usuarios en salud. A estas consultas ciudadanas acuden obligatoriamente un representante de servicio al cliente de la EPS, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

¿NECESITA DECIRNOS ALGO?

Las opiniones y sugerencias (quejas, reclamos, solicitudes y/o reconocimientos) que quiera presentar relacionadas con el servicio, afiliaciones, aportes, incapacidades, libre elección, entre otros, sea de manera verbal, escrita, telefónica o virtual, deberán ser resueltas por Compensar EPS, de manera oportuna y de

fondo, dentro de los términos de ley.

Como afiliado, también puede hacer uso de los mecanismos de protección existentes, como la presentación de un derecho de petición tanto a la EPS como a la IPS y a las demás entidades del sector salud. Este derecho incluye el de pedir información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo en los términos de la Ley 1437 de 2011 o la norma que lo sustituya. Así mismo, cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable, el afiliado podrá solicitar la atención prioritaria de las peticiones.

Estos mecanismos de protección, los puede radicar telefónicamente, al 444 1234 o a la línea de atención nacional 018000 915202, virtualmente a través de la página web www.compensar.com sección Opiniones y sugerencias, o presencialmente, en los buzones de Opiniones y Sugerencias ubicados en los diferentes Puntos de Atención Integral que se relacionan en el punto de CONTACTENOS de esta "Carta de deberes"

De igual forma, podrá hacer uso del recurso judicial y si usted lo considera necesario, puede presentar su manifestación directamente ante la Superintendencia Nacional de Salud e inclusive solicitar la "cesación provisional" de que trata el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011, cuando considere que por acción u omisión se ponga en riesgo la vida o la integridad física de la persona. La Superintendencia Nacional de Salud, avocará conocimiento y dará respuesta directamente al usuario del S.G.S.S.S o a través de la EPS correspondiente.

¿QUIEN NOS VIGILA?

En la actualidad existe el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, los cuales están en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima. Compensar EPS es vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, oficina de atención al ciudadano está ubicada en la Carrera 7 No. 32 - 16 San Martín Pisos 14 al 16 Bogotá - www.supersalud.gov.co. Como afiliado al S.G.S.S.S. puede acudir a la Superintendencia Nacional de Salud cuando se presenten conflictos con la EPS relacionados con la cobertura del plan de beneficios, las prestaciones excluidas, el pago de prestaciones económicas, el reconocimiento económico de gastos por parte del afiliado, multifiliación, libre elección, y movilidad dentro del S.G.S.S.S.También puede comunicarse a través de la línea gratuita nacional 018000 513700 o desde Bogotá al 4817000 en el horario de atención de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. Las IPS adscritas a la red de prestadores de servicios de salud de Compensar EPS son vigiladas por la Secretaría de Salud ubicada en la carrera 32 No. 12-81. Su página web es www.saludcapital.gov.co, la línea de atención 106 y 123, en Bogotá en el 3649549 y 3649090 Ext. 6610; 6611; 9941 y 9943.

TAMBIEN PUEDE CONTACTARSE:

Como usuarios del sistema de salud tiene la posibilidad de acudir a la Defensoría del Pueblo, ubicada en la Calle 55 No. 10 – 32 Bogotá, teléfono: 3147300 Ext. 2112 / 2337, correo electrónico: bogota@defensoria.org.co, quien es el organismo con mandato constitucional que vela por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos; o a la veeduría ciudadana, ubicada en Av. Cra. 24 No. 39-91 piso 4 en Bogotá, teléfono: 340 76 66 - 01 8000 124646 y correo electrónico: denuncie@veeduríadistrital.gov.co. Los afiliados a Compensar EPS pueden acudir a la asociación de usuarios, audiencias públicas y consultas ciudadanas, conozca los datos de contacto en esta carta.

CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS

1. Indicadores de calidad de la entidad promotora de salud Compensar
A continuación presentamos el resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para la entidad promotora de salud Compensar EPS en forma comparativa con la media nacional.
(Fuente: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=82>)

Indicadores de calidad	Unidad de medida	Compensar año 2013	Nacional año 2013
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	Porcentaje (%) Meta 100%	79	71.29
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Porcentaje (%)	91.58	77.14
Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	Número	0	7950
Oportunidad de entrega de medicamentos POS	Porcentaje (%)	99.86	98.53
Tiempo de espera en consulta de cirugía general	Días	6.35	12.17
Tiempo de espera en consulta de gineco-obstetricia	Días	9.20	8.78
Tiempo de espera en consulta de medicina interna	Días	10.59	13.99
Tiempo de espera en consulta de pediatría	Días	3.75	7.32
Tiempo de espera en consulta médica general	Días	4.36	2.78
Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP	Horas	9.64	12.51
Tiempo de consulta de odontología general	Días	9.89	3.20
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Días	0.42	3.17
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Días Estándar: 30 días	15.95	14.94
Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	Porcentaje (%) Estándar: 95%	99.61	88.71
Razón de mortalidad materna	Muertes Maternas por 100.000 Nacidos Vivos - Meta 45 muertes	43.84	20.13
Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años	Muertes por 1000 Afiliados	43.18	19.16
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años	Muertes por 1000 Afiliados	1.63	1.16
Tasa de satisfacción global	Porcentaje (%)	84.24	87.49

Indicadores de calidad	Unidad de medida	Compensar año 2013	Nacional año 2013
Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP	Porcentaje (%)	0.35	1.31

2. Indicadores de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud

El resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para las Instituciones Prestadoras de Salud de Compensar EPS.

Indicadores de calidad	Compensar I semestre 2013	Compensar II semestre 2013
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	4,2	4,5
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	9,9	11,3
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	9,1	9,3
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	3,9	3,6
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	6,7	6,0
Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	0,0	0,0
Oportunidad de entrega de medicamentos POS	0,999	1,0
Oportunidad en la realización de cirugía programada	16,8	15,1
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general	11,4	8,2
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	0,6	0,5
Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP	9,3	10,0
Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	1,0	1,0
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	0,7	0,9
Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años	0,0	0,0
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años	0,0	0,0
Razón de mortalidad materna	0,0	0,0
Tasa de satisfacción global	0,8	0,8
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	0,9	1,0
Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP	0,0	0,0

3. Posición en el ordenamiento (Ranking) EPS:

Los resultados de ranking de EPS se componen de tres dimensiones, que se califican en cuatro categorías: alto, medio alto, medio bajo y bajo. En el ranking Compensar EPS está ubicada así:

Codigo	Entidad	Respeto a los derechos	Evaluación por parte de los usuarios	Proceso y resultados de atención en salud
EPS008	Compensar	Alto	Medio - alto	Medio - alto

Fuente: "Evaluación de la percepción Social del Sistema de Salud y Ordenamiento de las Entidades Promotoras de Salud" oficina de Calidad, octubre de 2012, Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Acreditación

Dentro de la Red de proveedores contratada por Compensar EPS para la prestación de servicios de urgencias, hospitalarios y ambulatorios, las siguientes instituciones cuentan con certificado de Acreditación vigente expedido por ICONTEC por cumplir con estándares superiores de calidad:

- Clínica Universidad de La Sabana
- Hospital de San José
- Javesalud IPS – USS Calle 125

El listado de la totalidad de las instituciones acreditadas puede ser consultado en la siguiente dirección: <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?IdSub=108&IdCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS>
El 100% de la red contratada por Compensar se encuentra habilitada y su información se encuentra publicada en el "Registro especial de prestadores de servicios de salud" del Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Comportamiento como pagador de servicios

Los resultados de los indicadores financieros que reflejen la oportunidad y eficacia de Compensar EPS frente a sus obligaciones como responsable del pago de los servicios de salud se encuentra disponible en el sitio web de la Superintendencia nacional de Salud: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>

Régimen Contributivo

Cuentas por pagar con corte a diciembre 2012

Cifras en miles de \$

Entidad	1 a 30 días	Mora hasta 30	Mora de 31 a 60	Mora Mayor a 60	Total
COMPENSAR	13.911.079	--	--	--	13.911.079

6. Sanciones

En el transcurso del año 2014, la Superintendencia Nacional de Salud impuso a COMPENSAR EPS dos sanciones por considerar que no se estaba dando cumplimiento al principio de integralidad en la atención y/o prestación de servicios de salud, consagrado en el Plan Obligatorio de Salud-POS. Frente a las dos sanciones que ya se encuentran en firme y debidamente ejecutoriadas, COMPENSAR EPS ya adoptó las medidas correctivas y preventivas necesarias.