

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D

D

M

M

A

A

A

A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite

A. Afiliación

B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación

A. Individual:

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

3. Régimen

A. Contributivo

B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado:

A. Cotizante

B. Cabeza de familia

C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante:

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

Código

(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad

8. Número de documento de identidad

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad

Tipo

F

N

M

Condición

T

P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

Dirección

Teléfono fijo

Teléfono celular

Correo electrónico

Municipio / Distrito

Zona Urbana

Rural

Localidad / Comuna

Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número de documento de identidad

22. Sexo

Femenino

Masculino

23. Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de identidad

26. Número de documento de identidad

27. Sexo

Femenino

Masculino

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

B1

B2

B3

B4

B5

28. Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

Tipo

F

N

M

Condición

T

P

32. Datos de residencia

Municipio / Distrito

Zona Urbana

Rural

Departamento

Teléfono fijo y/o celular

33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)

B1

B2

B3

B4

B5

Selección de la IPS Primaria

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

35. Nombre o razón social

36. Tipo de documento de identificación

Cot.

B

B

B

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación

2. Corrección datos básicos de identificación

3. Actualización documento de identidad

4. Actualización y corrección de datos complementarios

5. Terminación de la inscripción en la EPS

Código

6. Reinscripción en la EPS

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

13. Movilidad:

A. Régimen Contributivo

B. Régimen Subsidiado

14. Traslado:

A. Mismo Régimen

B. Diferente Régimen

15. Reporte por fallecimiento

16. Reporte del trámite de protección al cesante

17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado

18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

Sexo

Femenino

Masculino

Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

42. Fecha

D

D

M

M

A

A

A

A

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN

Cant.

RC

Cant.

TI

Cant.

CC

Cant.

PA

Cant.

CE

Cant.

CD

Cant.

SC

Cant.

Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial

Código del municipio

Código del departamento

67. Datos del SISBÉN

Número de la ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de radicación

D

D

M

M

A

A

A

A

69. Fecha de validación

D

D

M

M

A

A

A

A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: _____

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____
lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____
con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____
Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: _____

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades: aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/ los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: la opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.

Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva: la opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: la opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: la opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen:

Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado:

Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

Cotizante: aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

Cabeza de familia: aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

Beneficiario: es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante:

Marque con una X la opción que corresponda:

Dependiente: si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente: si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

Pensionado: si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.

Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.

Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.

Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.

Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.

Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.

Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del Artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016.

Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.

Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.

Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".

Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.

Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia)

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

• Primer apellido

• Segundo apellido

• Primer nombre

• Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad:

Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

Cód.	Descripción del Tipo de Documento
CN	Certificado de Nacido Vivo , es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Registro Civil de Nacimiento , es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad
TI	Tarjeta de Identidad , es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	Cédula de Ciudadanía , es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	Cédula de Extranjería , es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	Pasaporte , es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	Carné Diplomático , es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de Permanencia , es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad:

Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia:

En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Cód.	Etnia
01	Indígena
02	Rrom (gitano)
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opción: F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental

Condición de discapacidad:

Marque con una X la opción: T: Temporal P: Permanente.

13. Puntaje SISBÉN:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

Cód.	Grupo Poblacional
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada.
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena.
18	Población Rrom.
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:

Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales

donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia:

Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

• Dirección de su residencia

• Teléfono (fijo o celular, o ambos)

• Correo electrónico

• Ciudad/Municipio o distrito

• Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito

• Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia

• Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante.

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

• Primer apellido

• Segundo apellido

• Primer nombre

• Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad:

Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

En las filas identificadas con los códigos B1 , B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

• Primer apellido

• Segundo apellido

• Primer nombre

• Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad:

Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco:

En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Cód.	Parentesco	Descripción Parantesco
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera(o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.

Cód.	Parentesco	Descripción Parantesco
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional.	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra en el 4º grado de consanguinidad o 2º de afinidad, respecto de éste.

30. Etnia:
Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X: **T:** Temporal **P:** Permanente.

32. Datos de residencia:
Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS:
Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, cajas de compensación familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social:
Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación:
Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación:
Escriba el número del documento de identificación.

38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:
Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

39. Ubicación:

- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES
El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad:
Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

Número	Nombre
1	Modificación de datos básicos de identificación
2	Corrección de datos básicos de identificación
3	Actualización del documento de identidad
4	Actualización y corrección de datos complementarios

Número	Nombre
5	Terminación de la inscripción en la EPS
6	Reinscripción en la EPS
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Movilidad
14	Traslado
15	Reporte de fallecimiento
16	Reporte del trámite de protección al cesante
17	Reporte de la calidad de pre-pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: modificación de datos básicos de identificación
Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución modifica uno o varios de los datos básicos de el documento de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

2: Corrección de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios
Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS
Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Código	Condición
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado; o el cotizante independiente no reúne las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.

Código	Condición
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial.
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y esta sucrita por el empleador. La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS
Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.

Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales
Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.

- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital, según corresponda al tipo de beneficiario que está excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.

Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 13: Movilidad**. También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la **novedad 13: Movilidad**. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la **novedad 14: Traslado** si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la **novedad 8: exclusión de beneficiarios** de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacia parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 “Tipo de novedad”.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 “Tipo de novedad”.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 “Tipo de novedad”.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta:

- Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.
- Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 “Tipo de novedad”.
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacia parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: “Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar” o la 10: “Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando” según corresponda.

La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
 - Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
 - Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
- Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 “Tipo de novedad”.
 - Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
 - Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
 - Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
 - Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
 - Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los “Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio”, si hubiere lugar a ello.
 - Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se traslada.

- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

Código	Motivos para el traslado
01	Por ejercicio de la libre elección
02	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
03	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
04	Por unificación del núcleo familiar.
05	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado
06	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
 - Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
 - Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento

Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 40 “Tipo de novedad”.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante o el cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar que se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).

- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).

- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante

Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:

Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 “Tipo de novedad”.

- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 “Tipo de novedad”.
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III “datos complementarios” el IBC con el cual cotizará como prepensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado

Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 “Tipo de novedad”.
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de Identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación;

Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos;

Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y

Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha:

Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior:

Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado:

Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: “traslado”.

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

Este dato se registra únicamente en la novedad 16: “Reporte del trámite de protección al cesante” o en la novedad 18: “Reporte de la calidad de pensionado”. Debe colocar el nombre de la caja de compensación familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

- El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
- El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de aplopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisbén:

El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:

- Número de la ficha Sisbén
- Puntaje
- Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisbén.

Observaciones:

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Carta de Desempeño de la EPS

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

1 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

P y P: Programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad

PAI: Plan ampliado de inmunización

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 Capitación

Afiliado: es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho al acceso a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el SGSSS y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

Afiliado adicional: es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una UPC adicional.

Afiliado cabeza de familia: es la persona que pertenece al régimen subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, así como el registro de las novedades correspondientes.

Atención ambulatoria: modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado, que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

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.

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.

Atención inicial de urgencia: denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia 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.

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 los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

Consulta odontológica: valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

Demanda inducida: es entendida como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

Enfermedad de alto costo: aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

Inscripción a la EPS: es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una EPS a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

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.

Movilidad: es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el SGSSS focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales.

Novedades: son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o a la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

Patologías de tipo catastrófico: Son patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguientes procedimientos: trasplante renal, de hígado, corazón, médula ósea y córnea; diálisis peritoneal y hemodiálisis, manejo quirúrgico para enfermedades del corazón, manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central, reemplazos articulares, manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado, manejo del trauma mayor, diagnóstico y manejo del paciente infectado por el VIH-SIDA, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, manejo de pacientes en Unidad de cuidado intensivo, manejo quirúrgico de enfermedades congénitas. Estos eventos se encuentran exonerados del cobro de copago.

Plan de beneficios: es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al SGSSS definido conforme a la normatividad vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Prevención de la enfermedad: medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, a detener su avance y a 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 prácticas 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.

Referencia y contrareferencia: conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todas las instituciones prestadoras del servicio que puedan estar implicadas en su diagnóstico, tratamiento y cuidado, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable de pago. La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para la atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo, con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario. La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud, receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

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.

Régimen subsidiado: Es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales.

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.

Telemedicina: es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

Traslado: son los cambios de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS.

Triage: en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. Con el triage se busca:

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata.
- Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución,
- Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.
- Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.

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 médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2

Servicios de salud a los que tiene derecho como afiliado a la EPS

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.

Las coberturas en salud han sido definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 5592 de 2015 y Resolución 0001 de 2016 dentro de las cuales se encuentran:

- Servicios de puerta de entrada: consulta médica y odontológica no especializada, pediatría y obstetricia, urgencias y medicina familiar.
- Prestaciones económicas (solo cotizantes)
- Vacunación
- Servicios de apoyo diagnóstico: laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear y escanografía
- Servicios especializados de salud y especialidades médico quirúrgicas, remitidos por medicina general o por cualquier especialidad definida como puerta de entrada.
- Apoyo terapéutico: terapia física, respiratoria y del lenguaje.
- Atención de patologías de tipo catastrófico.
- Suministro de medicamentos esenciales.
- Cirugía ambulatoria y con internación.
- Hospitalización médica en todos los niveles de complejidad.

El plan de beneficios completo lo puede encontrar en la página web:
www.compensar.com/salud/DerechosAfiliados.aspx

3

Ayúdenos a cuidar su salud: programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Compensar cuenta con programas de promoción en salud que están orientados a fortalecer las competencias de su población en aras de recuperar y mantener su salud. Nuestro Modelo de Atención se enfoca en gestionar el riesgo, de manera que se identifique cualquier condición que pueda afectar la salud, por lo tanto se busca fomentar el autocuidado y se ofrecen los programas de:

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.

4

Los servicios de salud que no están incluidos en el POS

Conforme lo establecido en la Resolución 5592 de 2015, se definen como exclusiones:

Exclusiones Generales:

- Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Tecnologías de carácter educativo, instructivos o de capacitación que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.

- Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social, tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- Servicios y tecnologías de salud conexos, así como complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 154 de la ley 1450 de 2011.

Exclusiones Específicas:

- Sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, lentes de contacto y líquido para lentes, filtros o colores y películas especiales.
- Tratamiento con psicoanálisis.
- Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
- Nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal.
- 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, ni 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.
- Transporte o traslado de cadáveres así como los servicios funerarios.

5

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:

- 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.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
- Continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todas las instituciones prestadoras del servicio que puedan estar implicadas en su diagnóstico, tratamiento y cuidado.
- 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. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.
- Protección especial a niñas y niños. Es su derecho acceder a un servicio de salud para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos. Se entiende por niña o niño, toda persona menor de 18 años.
- 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.
- 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.
- 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.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente, incluso en caso de enfermedad irreversible.
- Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.

- Aceptar o rechazar procedimientos, por sí mismo o, en caso de inconsistencia, incapacidad para decidir o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia en lo posible escrita de su decisión.
- 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.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible por el personal competente y autorizado para su ejercicio.
- 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.
- 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 previsibles 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.
- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda.
- 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.
- Recibir 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.
- 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 documentos.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.
- Las siguientes personas, pueden pertenecer al Régimen Contributivo como cotizantes: personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las nor-

mas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismo internacionales acreditados en el país; los servidores públicos; los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes, sustitutos o pensión gracia tanto del sector público como del sector privado; los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.

- Las siguientes personas, pueden pertenecer al Régimen Contributivo como beneficiarios: miembros del núcleo familiar del cotizante, de conformidad con el Artículo 2.1.4.1 del Decreto 780 de 2016, siempre y cuando no cumplan con alguna de las condiciones para ser cotizante.

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, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingreso.
- Cuando los cónyuges, compañeros (as) permanentes, incluidas las parejas del mismo sexo de un mismo núcleo familiar, tengan la calidad de cotizantes, estos y sus beneficiarios deberán estar inscritos en la misma EPS. Se exceptúa de esta regla cuando uno de los cotizantes no resida en la misma entidad territorial y la EPS en la que se encuentre afiliado el otro cotizante y los beneficiarios no tenga cobertura en la misma y no haga uso del derecho a la portabilidad. Si uno de los cónyuges, compañera (o) cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto esté como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.
- El trabajador dependiente debe reportar la afiliación al SGSSS, si aun no se encuentra afiliado, y registrar las novedades de ingreso como trabajador dependiente y de movilidad si se encontraba afiliado en el régimen subsidiado. También debe reportar las novedades de traslado y de movilidad, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos a través de los medios que disponga el Ministerio de Salud para tal fin. El empleador debe registrar las novedades de la vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las novedades de la relación laboral que puedan afectar su afiliación.
- El trabajador independiente debe realizar su afiliación y registrar las novedades.
- Los trabajadores dependientes e independientes deben registrar todas las novedades que se presenten en la condición de sus beneficiarios y afiliados adicionales; los beneficiarios deben registrar la novedad de fallecimiento del afiliado cotizante.
- Para los casos de movilidad, el afiliado debe registrar la solicitud expresa de la movilidad en el formulario físico o electrónico, de su núcleo familiar. Esta novedad debe ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la pérdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a mas tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del periodo de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, en caso de tener derecho a estos. La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo debe ser registrada por el afiliado el día en que adquiere una vinculación laboral o las condiciones para cotizar como independiente.

A. Causales de suspensión (Decreto 780 de 2016):

Se suspende la afiliación por las siguientes causales:

- Mora de 2 meses en cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional (Artículo 2.1.9.1 y 2.1.9.3 del Decreto 780 de 2016)
- Si no se presentan los soportes requeridos que acrediten la condición de beneficiarios durante los 3 meses siguientes a partir del primer requerimiento al cotizante, excepto gestantes y menores de edad.

B. Causales de terminación de la inscripción en una EPS (Decreto 780 de 2016):

- Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.
- Cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como independiente, o cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para ser cotizante, no reporta la novedad como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme al Artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016.
- Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones para ostentar dicha condición, y no reporten la novedad de cotizante dependiente, independiente, afiliado adicional o de movilidad entre regímenes.
- Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la EPS. Esta novedad se debe reportar a más tardar el último día del mes en que ésta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los periodos por los que se termina la inscripción, en caso de no reportar la novedad se mantendrá la inscripción en la EPS y se causará deuda e intereses moratorios por el no pago de las cotizaciones en los términos previstos por el Artículo 2.1.9.3 del Decreto 780 de 2016. Cuando el afiliado regrese al país debe reportar la novedad mediante la inscripción en la misma EPS en la que se encontraba inscrito y reanudar el pago de sus aportes.
- Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o legalmente establecido, ya que estas prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo, por lo cual no se puede estar afiliado simultáneamente en ambos regímenes. Los miembros del núcleo familiar de las personas cotizantes que pertenecen a alguno de los regímenes exceptuados o especiales deberán pertenecer al respectivo régimen exceptuado o especial, salvo que las disposiciones legales que los regulan dispongan lo contrario.
En caso que la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero (a) permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esta obligado a cotizar al SGSSS deberá efectuar la respectiva cotización al FOSYGA. Cuando las disposiciones legales que regulan el régimen exceptuado o especial no prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañero (a) permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, deberá afiliarse en el SGSSS y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepción o especial no prevé la afiliación del grupo familiar, el obligado a cotizar al SGSSS y sus beneficiarios se afiliarán a este último.
- Cuando por disposición de las autoridades competentes se determine que personas inscritas en una EPS del régimen subsidiado reúnen las condiciones para tener la calidad de cotizantes o para pertenecer al régimen contributivo.

6 Tenga en cuenta

El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de afiliación o fecha de radiación del formulario o desde la fecha de efectividad del traslado o de la movilidad.

7 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, consulta externa especializada, 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

Estrato	Ingreso base cotización	Cuota moderadora
3	Mas de % 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 de la Salud y Prevención de la Enfermedad, 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 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% de un (1) SMMLV	230% de un (1) SMMLV
3	Mas de % 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.

8 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 64 G No. 90A - 40	7300200	Medio Bajo
Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	4441234	
Av. Primero De Mayo	Av. Primera de Mayo No. 10 Bis - 22 Sur	4441234	
Calle 125	Av. Cra. 45 No. 123 - 60 / 24	6513900	
Calle 13	Cll. 13 No. 28 - 61	4441234	
Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48	4441234	

USS	Dirección	Citas Médicas	Nivel
Calle 42	Cll. 42 No. 13 - 19	4441234	Medio Bajo
Calle 67	Cll. 67 No. 10 - 06	4441234	
Calle 80	Cll. 80 No. 69 K- 27	4441234	
Carrera 30 Calle 22 Sur	Av. Primero de Mayo No. 34 - 27 Sur	4441234	
Ciudad Bolivar	Av. Ciudad de Villavicencio No. 45D - 14 Sur	7300200	
Fontibón	Diag. 16 No. 104 - 51	4441234	
Kennedy	Transv. 78H No. 41C - 48 Sur	4441234	
Kennedy II	Carrera 78K No. 33 A - 39 Sur	4441234	
Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	4441234	
Suba	Cll. 139 No. 94 - 55 Pisos 1-5-6 y Av. Calle 145 No. 85 - 52 Local 2	4441234	
Chía	Cra. 3 Este No. 20 - 84	4441234	
Facatativá	Cra. 7 No. 11 - 14	4441234	
Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21	7300200	
Zipaquirá	Cll. 1 No. 10 - 04 Piso 3 C.C.	4441234	

9

Atención de urgencias

En la dirección que se cita a continuación usted encontrará la red de urgencias acorde a sus necesidades y al modelo de redes integradas definido por Compensar EPS:
www.compensar.com/salud/redUrgPOS.aspx

A continuación, la red de Instituciones de urgencias contratada para brindarle servicios con calidad.

IPS	Dirección	Nivel de complejidad	Tipo de atención
Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá Sede Calle 68	Av. Cra. 68 No. 68B - 31 Bogotá	Media	Urgencias: Generales Pediatria (Interconsulta)
UT Compensar - Cruz Roja Sede Calle145	Av. Cra. 45 No. 145 - 64 Bogotá	Media	Urgencias: Generales Pediatria (Interconsulta)
UT Compensar - Cruz Roja Sede Alquería	Av. Cra. 68 No. 31 - 41 Sur, Bogotá	Media	Urgencias: Generales Pediatria (Interconsulta)
Clínica Universidad de la Sabana	Autop. Norte Km. 21 Vía La Caro, Chía	Alta	Urgencias: Generales Pediatria Ginecoobstetricia
Clínica Partenón	Cll. 74 No. 76 - 65 Bogotá	Alta	Urgencias Generales
Clínica del Occidente	Av. Américas No. 71C - 29 Bogotá	Alta	Urgencias Generales
Eusalud (Consulta Prioritaria)	Diag. 54 No. 16A - 16 Bogotá	Media	Ginecoobstetricia (Consulta Prioritaria)
Clínica Magdalena (Consulta Prioritaria)	Cll. 39 No. 14 - 34 Bogotá	Media	Ginecoobstetricia (Consulta Prioritaria)
Fundación Salud Bosque	Cll. 134 No. 7B - 41 Bogotá	Media	Ginecoobstetricia
Clínica Juan N. Corpas	Cra. 111 No. 159A - 61, Bogotá	Media	Ginecoobstetricia

IPS	Dirección	Nivel de complejidad	Tipo de atención
Hospital Universitario Mayor - Méderi	Cll. 24 No. 29 - 45 Bogotá	Alta	Urgencias: Ginecoobstetricia Cardiovasculares
Hospital Universitario San Ignacio	Cra. 7 No. 40 - 62 Bogotá	Alta	Urgencias: Cardiovasculares
Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José	Cll. 10 No. 18 - 75, Bogotá	Alta	Urgencias Pediatria
Fundación Hospital de la Misericordia	Av. Caracas (Carrera 14) No. 1 - 65 Bogotá	Alta	Urgencias Pediatria
Fundación Cardio Infantil	Cll. 163 A No. 13B - 60, Bogotá	Alta	Urgencias Pediatria
Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt	Av. Circunvalar (Carrera 4) Este No. 17 - 50, Bogotá	Alta	Pediatria (Consulta prioritaria)
Clínica de Nuestra Señora de la Paz	Cll. 13 No. 68 F - 25, Bogotá	Alta	Urgencias Psiquiatria

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 5596 de 2015, en sus artículos 5 y 7, es importante que usted como afiliado conozca las categorías del Triage, a través de las cuales las instituciones prestadoras de servicios de salud determinan la prioridad en la atención de los pacientes en el servicio de urgencias, las cuales se encuentran organizadas de mayor a menor riesgo:

Triage 1: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de un miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage 2: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los 30 minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage 3: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage 4: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no se recibe la atención correspondiente. Usted puede solicitar cita prioritaria o no programada en su Unidad de Servicios de Salud para ser atendido.

Triage 5 el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o funcionalidad de miembro u órgano. Usted debe solicitar cita con su médico personal en forma ambulatoria.

Consulta Prioritaria Odontológica Diurno

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Unidad de Servicios Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	4441234	Baja	Lun a Vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Unidad de Servicios Calle 13	Cll. 13 No. 28 - 61	4441234	Baja	Lun a Vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Unidad de Servicios Ciudad Bolívar	Av. Ciudad de Villavicencio No. 45D - 14 Sur	7300200	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 12:00 m.
Unidad de Servicios Kennedy II	Cra. 78K No. 33A - 39 Sur	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Unidad de Servicios Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 6:00 p.m.
Unidad de Servicios Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21	7300200	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 12:00 m.
Unidad de Servicios Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48 Piso 2	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 6:30 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Unidad de Servicios Calle 42	Cll 42 No. 13 - 19	4441234	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. a 6:30 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Ayda Rojas	Cll. 36 Sur No. 78A - 23 piso 2 (sin ascensor)	2731129 4505312	Baja	Lun a vie: 7:00 a.m. - 12:00 m. y 1:00 p.m. - 6:00 p.m. Sábados: 7:00 a.m. - 1:00 p.m.

Consulta Prioritaria Odontológica nocturna, domingos y festivos

Prestador	Dirección	Teléfono	Nivel de Complejidad	Horario
Sorama	Cra. 40 B No. 10 - 49 Sur, Ciudad Montes, Bogotá	2021808 2024588 3187883615 3158684026	BAJA	Lun a vie: 7:00 a.m. a 9:00 p.m. Sáb: 8:00 a.m. a 9:00 p.m. Domingos y festivos: 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Servicio de Atención Odontológica - SEDATO	Av. Carrera 68 No. 68B - 05, Sede Cruz Roja, Bogotá	6601318 3118862550	BAJA	Lun a vie: 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Sáb: 7:00 a.m. a 8:00 p.m. Domingos y festivos: 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

10 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 a la central telefónica 4441234 y seleccionando la opción que usted necesite según el servicio requerido. 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 definidos en cada unidad.

La respuesta será comunicada al usuario, dentro de los tiempos establecidos por la normatividad vigente.

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.

Prescripción de servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud: los servicios NO POS son en esencia, las actividades, insumos, medicamentos, dispositivos, tecnologías y procedimientos, que están por fuera del plan de beneficios en salud, a los que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, y que han sido definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con la Resolución 3951 del 31 de agosto de 2016, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cambia el mecanismo para reportar la prescripción de los servicios no cubiertos en el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esto significa que en caso de requerir un servicio fuera del POS ya no se debe elevar la consulta a los Comités Técnico Científicos (CTC) que desaparecen, sino que el profesional de salud responsable de su tratamiento, cuando considere pertinente el uso de esos servicios NO POS debe realizar la prescripción a través de un sistema integral de información llamado MIPRES, que permite diligenciar en línea la solicitud que hará las veces de fórmula médica. Ya con ella, le podrán suministrar esos servicios que usted necesita, siempre y cuando dicha prescripción cumpla con los criterios administrativos definidos por la citada norma.

Los servicios que se pueden formular por esta vía son los que tengan aprobación del Invima y no estén de manera explícita cubiertos, ni puedan ser reemplazados por algún medicamento, procedimiento o servicio que este dentro del plan de beneficios. La norma también establece que no pueden prescribirse tecnologías en salud de carácter experimental, o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, que no tengan reconocimiento de las autoridades nacionales competentes, ni las consideradas cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento. Tampoco pueden formularse bienes y servicios cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

No obstante, si el médico tratante decide prescribir para su tratamiento un medicamento o insumo con uso no incluido en el Registro Sanitario Invima (UNIRS: Usos No Incluidos en el Registro Sanitario), o un Suplemento dietario, deberá ser activado el mecanismo de Junta de profesionales dispuesto por la precitada norma, para la revisión del caso y decisión sobre el mismo. Con este cambio el Estado garantiza la autonomía de los profesionales de la salud, elimina una intermediación administrativa, agiliza procesos, disminuye tiempos de respuesta y permite conocer con mayor precisión las razones por las cuales su médico tratante le está formulando un procedimiento, una tecnología o un medicamento NO POS.

Si usted tiene un CTC aprobado, previo a la entrada en vigencia de esta resolución (1 de diciembre de 2016), la EPS le continuará entregando el medicamento o el servicio NO POS como lo ha recibido hasta el momento, a través de la red de prestadores contratados para dicho fin.

11 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 de Acompañamiento al Prestador para coordinar el servicio.

12 Contáctenos:

- Canal presencial - Oficinas de Atención al usuario:
 - Avenida Calle 26 No. 66A torre A piso 3
 - Chía, Carrera 3 Este No. 20 - 84 Edificio Salud Market piso 2.
- Canal virtual: www.compensar.com (24 horas)
- Canal telefónico: 444 1234 - 018000 915202 (información 24 horas)
- Canal escrito: buzones de Opiniones y Sugerencias y correspondencia ubicados en las Unidades de Servicios de Salud.

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

USS	Dirección	Horario
Álamos	Calle 64 G No. 90 A - 40	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Avenida El Dorado Carrera 32	Cll. 26 No. 32 - 23	Lun a vie de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Av. Primero De Mayo	Av. Primera de Mayo No. 10 Bis - 22 Sur	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 2:00 p.m.
Calle 125	Av. Cra. 45 No. 123 - 60 / 24	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Calle 13	Cll. 13 No.28 - 61	Lun a vie de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 1:00 p.m.
Calle 26	Av. Cll. 26 No. 66A - 48	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Calle 42	Cll. 42 No. 13 - 19	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Calle 67	Cll. 67 No. 10 - 06	Lun a vie de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Calle 80	Cll. 80 No. 69K- 27	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Carrera 30 Calle 22 Sur	Av. Primero de Mayo No. 34 - 27 Sur	Lun a viede 7:30 a.m. a 5:30 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Ciudad Bolívar	Av. Ciudad de Villa- vicencio No. 45D - 14 Sur	Lun a vie de 6:30 a.m. a 8:00 p.m. Sábde 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Fontibón	Diag. 16 No. 104 - 51,	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Kennedy	Transv. 78H No. 41 C - 48 Sur	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 2:00 p.m.
Kennedy II	Carrera 78K No. 33 A - 39 Sur	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Kennedy III	Transv. 73D No. 39A - 62 Sur piso 3 y 4	Lun a vie de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 3:00 p.m.
Suba	Cll. 139 No. 94 - 55 Pisos 1-5-6	Lun a vie de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 2:00 p.m.
Chía	Cra. 3 Este No. 20 - 84,	Lun a vie de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. Sáb de 6:00 a.m. a 1:00 p.m.
Facatativá	Cra. 7 No. 11 - 14,	Lun a vie de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sábde 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Soacha	Diag. 7 No. 8 - 21,	Lun a vie de 6:30 a.m. a 8:00 p.m. Sáb de 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Zipaquirá	Cll. 1 No. 10 - 04 Piso 3 C.C.	Lun a vie de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Sábde 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

13

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 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:

- La solicitud de traslado por parte del cotizante o cabeza de familia se podrá efectuar en cualquier día del mes.
- Cumplir un periodo mínimo de 360 días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo se contará el tiempo previsto a partir del momento de la inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario. Cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia haya registrado diferentes calidades como cotizante, beneficiario, afiliado adicional o afiliado al régimen subsidiado,

se sumarán todos los días de inscripción en la misma EPS. El periodo mínimo se contabilizara desde la fecha de inscripción inicial, teniendo en cuenta todos los días de inscripción en la misma EPS del afiliado cotizante o cabeza de familia, descontando los días de suspensión de la afiliación o de terminación de la inscripción, en caso que el afiliado se inscriba nuevamente en la EPS por efecto de la terminación de la inscripción o cuando se levanta la suspensión por mora en el pago de los aportes, el nuevo término se acumulará al anterior.

- No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una IPS.
- Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al SGSSS.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
- Cuando se trate de traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS de otro régimen.

Si el afiliado del régimen subsidiado adquiera la condición de cotizante con posterioridad a los 5 primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término, hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad. En caso que este afiliado adquiera un vínculo laboral con una duración inferior a 12 meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad. Las condiciones de permanencia para el traslado, no será exigida cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

- Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS.
- Disolución o liquidación de la EPS.
- Cuando la EPS, se retire voluntariamente de uno o mas municipios o cuando la EPS disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta.
- Por casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de sus red prestadora debidamente comprobados.
- Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañeros (as) permanente (s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero (a) permanente.
- Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.
- Por cambio de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra afiliado no tiene cobertura geográfica.
- Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad administradora de pensiones.
- Cuando el afiliado ha sido inscrito por la entidad territorial en el régimen subsidiado según el Artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

La EPS de la cual se retira el afiliado tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones económicas, tanto del cotizante o del cabeza de familia como de su núcleo familiar, hasta el día anterior en que se haga efectivo el traslado con la nueva EPS.

Si se presenta una internación en una IPS, antes de la efectividad del traslado o del inicio de la inscripción con la EPS que recibe el traslado, la efectividad del traslado se suspenderá hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que debía hacerse efectivo, en cuyo caso la EPS de la cual se traslada deberá comunicar la novedad a mas tardar el último día del mes.

Los trabajadores dependientes tienen la obligación de informar a su empleador la novedad de traslado, y los empleadores la obligación de consultar la EPS en la cual se encuentra inscrito el trabajador una vez se tramite el traslado.

Cuando sea efectivo el traslado y existan sentencias de tutela que obliguen la prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios, es obligación de la EPS receptora continuar con la prestación de los servicios al afiliado.

14

¿Quiere participar en el control de gestión pública en el sistema de salud?

Participación social en salud: es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria.

16 ¿Quién 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 Av. Ciudad de Cali No. 51 - 66 Edificio World Business Center, Local 10, Bogotá www.supersalud.gov.co. horario de atención al ciudadano de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
Como afiliado al SGSSS 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 o traslado dentro del SGSSS.

También puede comunicarse a través de la línea gratuita nacional 018000 513700 o desde Bogotá al 4837000, horario de atención: 24 horas.
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 en horario de atención de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. Página web: www.saludcapital.gov.co, línea de atención 106 y 123, en Bogotá en el 3649549 y 3649090 Ext. 6610, 6611, 9941 y 9943.

17 También puede contactarse:

Los usuarios también tienen la posibilidad de acudir a la Defensoría del Pueblo, ubicada en la Calle 55 No. 10 – 32 Bogotá, teléfono: 3147300, correo electrónico: atencionciudadano@defensoria.org.co y 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 en Bogotá, teléfono: 340 7666 - 01 8000 124646 y correo electrónico: denuncie@veeduriadistrital.gov.co; notificacionesjudiciales@veeduriadistrital.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.

18 Conozca la carta de Desempeño de Compensar EPS

El Ministerio de Salud pone a disposición del ciudadano la aplicación móvil ClicSalud para que este enterado de los Indicadores de Calidad de la EPS e IPS.

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.

www.supersalud.gov.co/vigilados/vigilados/estadisticas/eapb/indicadores-de-calidad

Indicadores de calidad	Unidad de medida	Compensar II SEM 2015	Nacional II SEM 2015
Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	Número de Tutelas	0,00	15380
Oportunidad de entrega de medicamentos pos	Porcentaje	99,74%	99,80%
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	Días	16,602	12,876

Asociaciones de usuarios o ligas de usuarios de la EPS: se define como una agrupación de afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación, y que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario. 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, integradas voluntariamente por personas naturales afiliadas a Compensar EPS que se denominan usuarios, quienes aunando esfuerzos y recursos procuran dar soluciones a las necesidades de los asociados y velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Para comunicarse con la Asociación de Usuarios de Compensar EPS, o para asociarse a la misma, puede acudir a Sede Calle 26 Avenida Calle 26 No. 66 A - 48 torre A , comunicarse al 4285088 ext 25697 o al correo electrónico asucom@aseguramientosalud.com.

Audiencias Públicas: Compensar EPS, una vez al año programa, organiza y convoca y, desarrolla la rendición de cuentas a través de las Audiencias Públicas, en la da información a los afiliados y la comunidad en general.

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.

Rendición de cuentas: es un espacio de interlocución entre los afiliados y la comunidad en general, y la EPS, en la cual ésta presenta su informe del año inmediatamente anterior, sobre la prestación de los servicios de Salud, manejo presupuestal, financiero y administrativo los avances y los logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con la Asociación de Usuarios y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

15 ¿Necesita decirnos algo?

El Ministerio de Salud pone a disposición del ciudadano la aplicación móvil ClicSalud para que pueda calificar el servicio de salud o registrar una solicitud o PQR (Petición, Queja o Reclamo).

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 1755 de 2015 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 de las Unidades de Servicios de Salud, que se relacionan en el punto CONTÁCTENOS de esta “Carta de Derechos y 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.

Indicadores de calidad	Unidad de medida	Compensar II SEM 2015	Nacional II SEM 2015
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	Días	10,809	10,661
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	Días	15,323	16,084
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	Días	9,346	8,924
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Días	11,758	11,751
Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP	Horas	0,072	1,333
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general	Días	5,521	6,282
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Días	0,876	0,776
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	Porcentaje	80,14%	81,32%
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Días	27,500	29,375
Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	Porcentaje	62,07%	44,48%
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Porcentaje	97,15%	96,54%
Razón de mortalidad materna	Tasa por 1.000	0,57	0,31
Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años	Tasa por 1.000	0,31	0,57
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años	Tasa por 1.000	0,03	0,07
Tasa de satisfacción global	Porcentaje	83,13%	83,13%
Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP	Porcentaje	1,27%	0,84%

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.

www.supersalud.gov.co/vigilados/vigilados/estadisticas/prestadores-de-servicios-de-salud/estadisticas-en-salud

3. Posición en el ordenamiento (Ranking) EPS:

Los resultados de ranking de EPS se componen de tres dimensiones, que se califican en tres categorías: alto, medio y bajo.

En el ranking Compensar EPS está ubicada así:

¿Qué tanto el asegurador se preocupa por proteger la salud y evitar que el usuario se enferme?	MEDIO
¿Qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiere?	MEDIO
¿Qué tanto el asegurador me informa y facilita afiliarme, desafilarme y moverme dentro del sistema de salud?	MEDIO
TOTAL El trato que como ser humano recibo de la EPS. En qué medida resuelve mi necesidad/problema	MEDIO

www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/ordenamiento-eps-2015.pdf

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:

En Bogotá y Cundinamarca:

- Clínica Nueva
- Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología
- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Hospital de San José - Sociedad de Cirugía de Bogotá
- Hospital Infantil de San José
- Hospital Pablo VI Bosa
- Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
- Javesalud IPS – USS Calle 125
- Clínica Juan N. Corpas
- Clínica del Occidente
- Clínica Universidad de la Sabana
- Clínica Chía

Fuera de Bogotá y Cundinamarca:

- Fundación Oftalmológica de Santander-Clinica Carlos Ardila Lülle
- Fundación Valle del Lili
- Laboratorio Clínico Continental Ltda.
- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Hospital Universitario Departamental de Nariño

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:

<https://www.supersalud.gov.co/vigilados/vigilados/estadisticas/empresas-administradoras-de-planos-de-beneficios>

Régimen Contributivo Cuentas por pagar con corte a diciembre 2015
Cuentas por pagar: \$ 45.795.348 - Cifras en miles de \$

6. Sanciones

En el transcurso del año 2015, la Superintendencia Nacional de Salud impuso a Compensar una sanción, por considerar que no estaba dando cumplimiento a lo consagrado en los artículos 1 y 7 de la Ley 1281 de 2002 y al literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007. Frente a esta sanción, que ya se encuentra en firme y debidamente ejecutoriada, Compensar ya adoptó las medidas correctivas y preventivas necesarias.