



MANUAL DEL USUARIO



COMFAORIENTE E.P.S.'S
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO

VIGILADO Supersalud
Por el Comité de Vigilancia y Control de la Superintendencia de Salud

**MANUAL DEL USUARIO
COMFAORIENTE EPS-S**

**GUIA PRÁCTICA DEL USUARIO PARA CONOCER Y UTILIZAR
ADECUADAMENTE EL SERVICIO DE SALUD
COMFAORIENTE EPS-S
2019**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS MAS USADAS EN SALUD
3. QUE BENEFICIOS TIENE EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DE COMFAORIENTE EPS-S?
4. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS
5. SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
6. ¿COMO AFILIARSE AL REGIMEN SUBSIDIADO?
7. COPAGOS
8. TRÁMITES PARA LA GESTIÓN DE REEMBOLSOS
9. PORTABILIDAD.
10. DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS
11. OFICINAS DE ATENCION EN COMFAORIENTE EPS-S
12. RED DE SERVICIOS DE COMFAORIENTE EPS-S

1. INTRODUCCION

Apreciado usuario:

Queremos darle la bienvenida a Usted y a su familia, COMFAORIENTE EPS-S, Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, cuenta con el apoyo de la caja de la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE.

Ponemos a su disposición una amplia red de servicios con cobertura Departamental y Nacional, con servicios eficientes, oportunos y con calidad humana.

COMFAORIENTE EPS-S tiene a su disposición varios canales de atención y servicio al usuario, para aclararle cualquier inquietud o suministrarle información que usted requiera, a través de la línea 5836890 - 5921830 y la línea gratuita 018000962055, si prefiere recibir atención personalizada puede acudir a la oficina de atención al usuario de su municipio.

Lo invitamos para que conozca a través de este manual de usuario los beneficios a que tienen derecho usted y su familia.

Agradecemos la confianza depositada en nuestra institución para cuidar su salud y la de su familia.

Cordialmente,

OMAR JAVIER PEDRAZA FERNÁNDEZ.
Director Administrativo
COMFAORIENTE EPS-S

2. SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS MÁS FRECUENTES AL HABLAR DE SALUD.

2.1 ¿QUE ES EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

Es el conjunto de normas y procedimientos de los que disponen las personas para gozar, conocer y hacer uso de los servicios de salud.

2.2 QUE ES LA UPC?

La Unidad de Pago por Capitación -UPC- es la suma que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a la Entidad Promotora de Salud por cada afiliado cubierto, para la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, para períodos anuales, por grupos etáreos, géneros y zonas geográficas, su reconocimiento se hará por períodos mensuales, es decir un doceavo por mes.

2.3 QUE ES EL SISBÉN?

Es el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales, que le permite al país focalizar el gasto público y así lograr una mayor justicia social, basada en principios de solidaridad, equidad, eficiencia y universalidad.

2.4 QUE ES UNA EPS-S?

(Empresas Promotoras de Salud de Régimen Subsidiado), las EPS-S son las entidades responsables de la afiliación y la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados. Las EPS-S deben estar autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud y operan sólo en las regiones y los municipios donde se encuentran autorizadas.

2.5 QUE ES UNA IPS

Son los hospitales, clínicas, centros médicos o profesionales de la salud (oficiales, privados, mixtos, comunitarios o solidarios) que prestan directamente la atención médica a los afiliados al sistema.

2.6 QUE ES EL (PBS) PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD?

El PBS (Plan de Beneficios de Salud) es el Conjunto básico de servicios de salud que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deben prestar a sus afiliados, de acuerdo a lo definido por la CRES y al que usted y su familia tienen derecho, en el Sistema de Seguridad Social en Colombia, la Resolución 5857 de 2018 por el cual el Ministerio de Salud aclara y actualiza integralmente

el PBS, el cual deberá ser garantizado por todas las entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el Territorio Nacional en las condiciones establecidas por la Normatividad vigente.

El PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE COMFAORIENTE EPS-S marca la diferencia por la calidad de su modelo de atención, prestación de servicios, red de instituciones y profesionales inscritos.

2.8 QUE ES EL NO PBS?

Conforme a lo establecido en la normatividad vigente, el **NO PBS** son todas las actividades, procedimientos y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios.

2.9 QUE SON ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PUBLICA?

Las Enfermedades de Interés en Salud Pública son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial.

Las siguientes condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

- Bajo Peso Al Nacer.
- Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico-calórica y obesidad).
- Infección respiratoria aguda (menores de 5 años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, Laringotraqueitis.
- Infecciones Respiratoria Aguda Baja: Bronconeumonía, Bronquiolitis, Neumonía.
- Enfermedad diarreica Aguda / Cólera.
- Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.
- Meningitis Meningocócica.
- Asma bronquial.
- Síndrome convulsivo.
- Fiebre reumática.
- Vicios de refracción.
- Estrabismo.

- Cataratas.
- Enfermedades de Transmisión sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH/SIDA).
- Hipertensión arterial, Hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo.
- Menor y mujeres maltratadas.
- Diabetes juvenil y de adulto.
- Lesiones preneoplásicas de cuello uterino.
- Lepra.
- Malaria.
- Dengue.
- Fiebre amarilla.
- Leishmaniasis cutánea y visceral.

2.10 QUE ES PROMOCION Y PREVENICION?

La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad son las acciones de detección temprana y protección específica, orientadas a la población, como individuos y como familias, para que mejoren sus condiciones para vivir, disfrutar de una vida saludable y mantenerse sanos.

El propósito de los programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, y promuevan en ellos una vida más digna, feliz, placentera y productiva.

Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones, las IPS y la EPS.

2.11 QUE ES DEMANDA INDUCIDA?

Hace referencia a 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.

2.12 QUE ES PROTECCION ESPECÍFICA?

Hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo. Como afiliado de COMFAORIENTE EPS-S usted tiene derecho en la IPS de primer nivel a la atención de las siguientes actividades e intervenciones:

- a. Vacunación según Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal.
- c. Atención del Parto.
- d. Atención al Recién Nacido.
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.

2.13 QUE ES DETECCIÓN TEMPRANA?

Hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte. Como afiliado de COMFAORIENTE EPS-S usted tiene derecho en la IPS de primer nivel a la atención de las siguientes actividades e intervenciones:

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10años)
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- f. Detección temprana del cáncer de seno
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

2.14 QUE ES UNA URGENCIA?

Es la alteración de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que compromete la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

2.15 ATENCION DE URGENCIAS

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional, sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS-S o médico quien define esta condición de urgencia y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser urgencia, deberá pagar el valor de la atención. (Artículo 10 de la Resolución 5261 de 1994).

2.16 ¿QUE ES UNA IPS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (Baja complejidad)?

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar

intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

2.17 ¿QUE ES UNA IPS DE SEGUNDO NIVEL (Media complejidad)?

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

2.18 ¿QUE ES UNA IPS DE TERCER Y CUARTO NIVEL (Alta complejidad)?

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POSⁱ

3. QUE BENEFICIOS TIENE EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DE REGIMEN SUBSIADIADO?

3.1 GUIAS DE MANEJO PARA DETECCION TEMPRANA CON BASE A LA RESOLUCION 412/2000

ATENCIÓN A LA MATERNA

COMFAORIENTE EPS-S dispone de una red de IPS y un equipo de profesionales altamente capacitados, para atender a la mujer y la familia en una de las etapas más importantes: la gestación. Brindándole la adecuada atención, preparación y cuidado durante el parto, el post-parto y el cuidado del recién nacido. Ofreciendo atención integral en:

- Valoración médica.
- Valoración especializada.
- Curso de educación maternal.
- Vacunación.
- Salud oral.

- Valoración psicológica.
- Exámenes de laboratorio y ecografías.
- Valoración del recién nacido.
- Planificación familiar
- Control por ginecólogo en embarazos de alto riesgo

ATENCIÓN AL NIÑO

Para COMFAORIENTE EPS-S los niños son únicos e irrepetibles, gestores de su permanente proceso de crecimiento y desarrollo; por eso los adultos tenemos el compromiso ineludible de acompañarlos con inteligencia y amor. Ofreciendo atención integral en:

- Vacunación.
- Valoración de agudeza visual.
- Control médico periódico.
- Valoración pediátrica.
- Salud oral preventiva.
- Prevención y educación de las enfermedades de la infancia.
- Promoción de la lactancia materna.
- Promoción de estilos de vida y hábitos saludables.
- Valoración y promoción de la inteligencia emocional

ATENCION AL JOVEN

Con este programa, COMFAORIENTE EPS promueve hábitos saludables en los jóvenes de 10 a 29 años de edad mediante la vigilancia de factores de riesgo físicos, psicológicos, emocionales, sociales y sexuales que puedan afectar su desarrollo integral. Se brinda atención en:

- Vacunación.
- Valoración médica preventiva.
- Valoración de agudeza visual.
- Salud oral preventiva.
- Consulta de control y planificación familiar
- Consejería en sexualidad sana y responsable.
- Entrega periódica de métodos de planificación familiar de acuerdo a sus necesidades.
- Promoción de estilos y hábitos saludables.

ATENCIÓN AL ADULTO

COMFAORIENTE EPS-S trabaja para que sus afiliados tengan una vida saludable, productiva y feliz. Hombres y mujeres deben encontrar en la etapa más activa de su vida, felicidad, tranquilidad y bienestar. Se garantiza atención en:

- Promoción de estilos y hábitos saludables.
- Prevención, detección y tratamiento de enfermedades crónicas.
- Valoración médica preventiva.
- Valoración en agudeza visual.
- Detección temprana de cáncer de seno y de cuello uterino.
- Detección temprana de cáncer de próstata.
- Consejería en sexualidad responsable y sana.
- Salud oral preventiva.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.

SERVICIOS A LOS CUALES TIENE DERECHO EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES:

DIAGNOSTICO	SERVICIOS
HIPERTENSOS	ADULTO MAYOR INCLUYE: 1. Valoraciones por medicina especializada: <ul style="list-style-type: none">• Oftalmología• Neurología• Cardiología• Nefrología 2. Exámenes paraclínicos o complementarios: <ul style="list-style-type: none">• potasio sérico• electrocardiograma 12 derivaciones• ecocardiograma modo M y bidimensional• fotocoagulación con láser para manejo de retinopatía.• Angiografía con fluoresceína para manejo de retinopatía, con fotografías a color de segmento posterior.
DIABETICOS	1. Valoraciones por medicina especializada: <ul style="list-style-type: none">• Oftalmología• Cardiología• Neurología

- Ortopedia
- Nefrología
- Nutricionista
- Psicología

2. Exámenes paraclínicos o complementarios:

- HbA1c (Hemoglobina glicosilada)
- electrocardiograma 12 derivaciones
- ecocardiograma modo M y bidimensional
- fotocoagulación con láser para manejo de retinopatía diabética.
- Angiografía con fluoresceína para manejo de retinopatía, con fotografías a color de segmento posterior.
- Doppler o Duplex Scanning de vasos arteriales de miembros inferiores.

3. Entrega de Glucómetro.

KIT DE GLUCOMETRIA. En el Plan Obligatorio se cubre el kit de Glucometria según la indicación del médico tratante, en las siguientes condiciones:

- Para los pacientes diabéticos tipo I que se encuentren en manejo con insulina se entregaran cada año un (1) glucómetro, hasta 100 tirillas y 100 lancetas mensuales.
- Para los pacientes diabéticos tipo II que se encuentren en manejo con insulina se entregaran cada año un (1) glucómetro, hasta 50 tirillas y 50 lancetas mensuales.

SERVICIOS POR NIVELES DE COMPLEJIDAD

Comfaoriente EPS-S, en cumplimiento de la Resolución 5857 de 2018, brinda los servicios en los siguientes niveles de complejidad.

IPS DE BAJA COMPLEJIDAD

CONSULTA AMBULATORIA

- Consulta Médica General
- Atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.
- Atención Odontológica
- Laboratorio Clínico
- Radiología (huesos, tórax, abdomen y ecografía obstetricias)
- Medicamentos Esenciales
- Citología
- Acciones Intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control.
- Atención de urgencias

HOSPITALIZACION

- Atención Obstétrica (control prenatal, atención del parto normal)
- Atención no quirúrgica u obstétrica
- Laboratorio Clínico
- Radiología (huesos, tórax, abdomen y ecografía obstetricias)
- Medicamentos esenciales
- Valoración Diagnóstica y manejo médico
- Atención de urgencias

IPS DE MEDIANA COMPLEJIDAD

- Se considera atenciones de mediana complejidad todas aquellas atenciones en la que se necesite la intervención de un médico especialista así como todos los estudios para la complementación diagnóstica y la complementación terapéutica que estén clasificados como de mediana complejidad

IPS DE ALTA COMPLEJIDAD

- Cáncer: incluye diagnóstico, tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia, manejo del dolor y atención hospitalaria.

- VIH: Casos de infección por VIH/SIDA, el plan cubre la atención integral necesaria del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA atención a las personas infectadas con el virus del Sida. Incluye atención preventiva, medicamentos retrovirales y atención hospitalaria.
- Quemaduras: mayores al 20% de la superficie corporal, en cara, manos, pies o genitales.
- Tratamiento de patologías cardíacas hospitalarias o quirúrgicas.
- Procedimientos quirúrgicos del cerebro y de columna.
- Reemplazo total o parcial de cadera y rodilla (cirugía, hospitalización, prótesis de rodilla y cadera).
- Transplante de riñón y control durante el primer año. Hemodiálisis, diálisis peritoneal, para paciente con insuficiencia renal aguda o crónica, incluye la operación del donante.
- Cuidados intensivos desde el primer día para pacientes de todas las edades y enfermedades. La cobertura de medicamentos está incluida durante el tiempo de permanencia en UCI, de conformidad con lo en el Manual de Medicamentos vigente del sistema

¿COMO HACER USO DEL PLAN DE BENEFICIOS?

Debe acudir a la IPS de primer nivel para tener un control y seguimiento por el médico general, odontología, etc. Además usted recibirá la atención integral y a su vez el suministro de medicamentos.

Recuerde que es importante que usted porte su documento de identidad en original. (Cédula, tarjeta de identidad o registro civil).

- **Para tener acceso a la consulta externa especializada:**

Usted debe ser atendido antes por consulta externa general y el médico debe remitirlo con una orden para consulta de especialista, de acuerdo al POS anexando los exámenes de laboratorio que requiera.

La orden o remisión de la consulta debe ser presentada a la oficina de COMFAORIENTE EPS-S para su aprobación, una vez aprobada se le informarán detalles de la cita.

TRANSPORTE DE PACIENTES

Servicio de ambulancia para el transporte de pacientes entre una y otra IPS, cuando estén hospitalizados por enfermedades de alto costo o hayan ingresado por el servicio de urgencias y en la localidad no exista el nivel de complejidad hospitalaria requerida para garantizar la atención al paciente. En todo caso debe existir la remisión efectuada por un profesional de la salud.

4. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS

“LEY ESTATUTARIA No. 1751 DE 2015, POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

Artículo 15. Prestaciones de salud. *El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:*

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;*
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.*

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Parágrafo 1°. *El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el*

Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.

Parágrafo 2°. *Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.*

Parágrafo 3°. *Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.”ⁱⁱ*

“RESOLUCION 5857 DE 2018, TÍTULO VII CONDICIONES PARA DEFINIR LAS TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC.”

Artículo 126. Tecnologías no financiadas con recursos de la UPC. Sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de los servicios y tecnologías en salud del presente acto administrativo, en el contexto del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deben entenderse como no financiadas aquellas tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

- 1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación O paliación de la enfermedad.*
- 2. Tecnologías de carácter educativo, ·instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.*
- 3. 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.*
- 4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.*
- 5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS, señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 y el artículo 15 de la Ley estatutaria en salud 1751 de 2015.*
- 6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al artículo 9 de la Ley 1751 de 2015.*

Los servicios que no están cubiertos en el plan de beneficios del Plan de Beneficios de Salud PBS, son:

Las exclusiones generales del Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

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

Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación –UPC- y son las siguientes:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética, o suntuaria.
2. Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
3. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
4. Tratamientos para la infertilidad.
5. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
6. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.

7. Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el PBS según el presente acto administrativo.
8. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
9. Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
10. Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el INVIMA como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
11. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad
12. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.
13. Tratamiento con psicoanálisis.
14. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.
15. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
16. Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa en el presente acto administrativo.
17. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
18. Pañales para niños y adultos.
19. Toallas higiénicas.
20. Artículos cosméticos.

21. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
22. Líquidos para lentes de contacto.
23. Tratamientos capilares.
24. Champús de cualquier tipo.
25. Jabones.
26. Cremas hidratantes o humectantes.
27. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
28. Medicamentos para la memoria.
29. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
30. Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en el presente acto administrativo.
31. Enjuagues bucales y cremas dentales.
32. Cepillo y seda dental.
33. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
34. Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.
35. 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.
36. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
37. La atención financiada con recursos diferentes a los del PBS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

38. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
39. Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.
40. Atenciones de balneoterapia.
41. Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).
42. Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.
43. Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.
44. Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

5. TRAMITE PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS NO INCLUIDO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD

SERVICIOS, MEDICAMENTOS O PROCEDIMIENTOS NO PBS

MIPRES:

1. A través de MIPRES, ahora el Profesional de la Salud tratante, podrá prescribirle sin necesidad de autorizaciones, ni trámites adicionales.
2. El Profesional de la Salud tratante que le prescribe, le entregará la fórmula médica y/o el plan de manejo con un número de prescripción generado por el aplicativo.
3. Su EPS le informará la fecha y el lugar dónde le suministrarán las tecnologías en salud No PBS-UPC y/o servicios complementarios prescritos.
4. Espere máximo cinco días para que su EPS, le suministre la tecnología en salud o servicios complementarios.

6. ¿COMO AFILIARSE AL REGIMEN SUBSIDIADO?

El proceso de afiliación se lleva a cabo de la siguiente manera:

El usuario según los puntos de cortes del SISBEN metodología III, nivel I y II realizará su afiliación a la EPS-S, siempre y cuando no pertenezca al régimen contributivo y/o de excepciones, según Base de Datos Única de Afiliados BDUA del FOSYGA.

¿Quiénes pueden afiliarse al régimen subsidiado en salud?

Toda población vulnerable en los puntos de corte del SISBEN metodología III, nivel I y II y que no se encuentre en el régimen contributivo y excepcionales.

¿Cómo afiliar a un Recién Nacido hijo de padre o madre afiliados a COMFAORIENTE EPS-S?

Todo recién nacido hijo de madre afiliada al régimen subsidiado; o padre siempre y cuando la madre no posea afiliación a una EPS según Circular 0024 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, quedará inmediatamente afiliado una vez se informe en la oficina de la EPS-S. Para que el menor quede afiliado, se requieren los siguientes documentos:

Padre o madre:

- Fotocopia de Documento de Identidad y fotocopia del SISBEN.

Recién Nacido:

- Fotocopia del registro civil de nacimiento (en menores de 30 días de nacimiento, certificado de nacido vivo), fotocopia del SISBEN.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA TRASLADARSE A OTRA EPS-S?

Un afiliado al Régimen Subsidiado, que haya permanecido como mínimo un año calendario en la EPS-S, podrá manifestar libremente su voluntad de traslado a otra EPS-S suscribiendo el Formulario Único de Afiliación y Traslado (FUAT) definido por el Ministerio de la Protección Social.

El período mínimo de permanencia en una misma EPS-S se contabilizará desde la última fecha de afiliación o de traslado a la EPS-S respectiva, registrada en la BDUA.

Para efectos de traslado de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) El traslado lo realizará el afiliado de manera directa ante la EPS-S de su elección. Para tal efecto, deberá acercarse el cabeza de familia con los documentos de identificación de él y de su núcleo familiar y manifestar su intención de trasladarse.
- b) La EPS-S receptora deberá consultar en la BDUA que la persona se encuentre afiliada a una EPS-S y que haya cumplido con el año de afiliación a ésta. Sí se da cumplimiento a estos requisitos procederá a informarle sus derechos y deberes, señalándolos a través de los contenidos de la “Carta de derechos del Afiliado y del Paciente”.
- c) El cabeza de familia deberá diligenciar y firmar el Formulario Único de Afiliación y Traslados. Firmar el listado de conocimiento de los procesos de atención en salud y el recibido de la Carta de derechos del Afiliado y del Paciente y de la “Carta de Desempeño”. Así mismo, la EPS-S deberá entregar el certificado de afiliación del cabeza de familia y de cada uno de los miembros del grupo familiar si es del caso.
- d) El reporte de la novedad por traslado de EPS-S a la BDUA se realizará en los tiempos establecidos según Resolución 1344 del Ministerio de Salud y Protección Social del 2012.
- e) Si existe una sentencia de Tutela por eventos NO POS y usted desea trasladarse a otra, la EPS’S receptora debe prestarle los servicios de salud.

¿QUÉ ES UNA EPS CONTRIBUTIVA?

Es una Entidad Promotora de Salud EPS, debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, su objetivo es garantizar la prestación de los servicios a las personas que tienen capacidad de pago para afiliarse o poseen un empleo.

¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTÁS AL DÍA CON EL PAGO DE LAS COTIZACIONES AL SGSSS?

El no pago o mora de las cotizaciones dará como resultado la no prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios, no interrumpirá de manera inmediata, sino cuando se cumplan dos situaciones: Primera que el cotizante deje de pagar dos (2) meses consecutivos de aportes, Segunda que la EPS le hubiere requerido para el pago de las mismas.

¿QUE SON LOS PERIODOS DE CARENCIA?

Según lo dispuesto por la Ley 1438 de 2011, por la cual se reformó el sistema general de seguridad social en salud, a partir del 01 de enero de 2012 no hay lugar a periodos de carencia en dicho sistema, así mismo, en los casos de

traslado entre entidades promotoras de salud, tienen derecho a acceder a los beneficios del plan obligatorio de salud sin restricciones una vez se configure la efectividad del traslado.

¿APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)?

El valor total de aportes al régimen contributivo de salud es del 12,5% del Ingreso Base de Cotización (IBC) del trabajador; que se divide en un 8,5% que deberá ser aportado por el empleador y un 4% adicional que está a cargo del trabajador. El artículo 31 de la Ley 1607 de diciembre de 2012 y el artículo 7 del Decreto 1828 de 2014 solo exoneran de este 8,5% a los empleadores que sean entes jurídicos sujetos al CREE y a los empleadores personas naturales con 2 o más trabajadores, siempre y cuando el valor que cancelen cada mes a cada trabajador (incluyendo parte salarial y parte no salarial) no exceda el equivalente a 10 S.M.M.L.V. Cuando el total devengado en el mes exceda ese monto, se deberá aportar el 8,5% sobre la parte salarial. igualmente, existen otras normas tales como la Ley 1429 de 2010, que permite el pago gradual de cotizaciones a salud, por cada año acorde con el número de empleados y el lugar donde tengan su domicilio principal y desarrollen toda su actividad económica.

¿QUIÉNES SON LOS APORTANTES AL SGSSS?

Es la persona natural o jurídica que realiza los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, de sus cotizantes a cargo y quien es el responsable de suministrar la información en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

¿CUÁLES SON LOS PLAZOS PARA EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES?

Todos los aportantes a los Sistemas de Salud y demás subsistemas, deben efectuar sus aportes utilizando la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA, bien sea en su modalidad electrónica o asistida, acorde con el Decreto 1990 de 2016 a más tardar en las fechas que se indican a continuación:

Día Hábil	Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación	Día Hábil	Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación
2°	00 al 07	4°	15 al 21
3°	08 al 14	5°	22 al 28

6°	29 al 35	12°	70 al 75
7°	36 al 42	13°	76 al 81
8°	43 al 49	14°	82 al 87
9°	50 al 56	15°	88 al 93
10°	57 al 63	16°	94 al 99
11°	64 al 69		

¿QUÉ TRÁMITE DEBO REALIZAR ANTE LA EPS, SI ME VOY DEL PAÍS POR UNO O MÁS MESES?

A partir del 10 de julio de 2016 mediante Resolución 2388 de 2016, se establece que si usted sale del país y no tiene beneficiarios en su grupo familiar, puede reportar mediante el operador de información en el cual realiza el pago de salud, la novedad de salida del país sin generar un valor a pagar a la EPS durante el tiempo que se encuentre fuera del país. Una vez regrese al país, debe acercarse a nuestras Oficinas de atención al usuario de su ciudad, con la copia del pasaporte donde acredite la entrada al país y comunicado solicitando la reactivación de servicio en la EPS, para realizar las activaciones respectivas en la base de datos y poder continuar gozando de los servicios de salud, así como continuar con el pago de aportes a salud a partir del mismo mes. Si en su grupo familiar tiene beneficiarios y va a salir del país, debe continuar realizando el pago de salud como lo ha venido haciendo, para que ellos puedan continuar gozando de la garantía en el aseguramiento en salud de la EPS.

¿QUÉ DOCUMENTOS SE REQUIEREN PARA LA SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE APORTES?

El aportante debe acercarse a las oficinas de atención al usuario de cada regional que la EPS ha dispuesto, con el fin que se realice allí el proceso detallado de radicación según los documentos detallados a continuación:

Documentos requeridos para la solicitud de devolución de aportes

Documentos	Persona jurídica	Persona natural	Documentos	Persona jurídica	Persona natural
Formato de devolución de aportes	<ul style="list-style-type: none"> · Completamente diligenciado · Reportar período por período · Debe llevar la firma del aportante y sello legible con la fecha de radicación en la EPS 		Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por Cámara y comercio y/o RUT	<ul style="list-style-type: none"> · Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por Cámara y comercio, no mayor a 90 días totalmente legible 	<ul style="list-style-type: none"> · Documento de identidad o RUT (El cual no tiene vigencia)
Certificación bancaria	<ul style="list-style-type: none"> · La cuenta debe pertenecer al aportante · Totalmente legible y de fecha reciente 				
Devolución de aportes para intereses de mora	<ul style="list-style-type: none"> · No aplica 		Casos de mayor valor pagado	<ul style="list-style-type: none"> · Certificación revisor fiscal y/o representante legal (jurídico) 	<ul style="list-style-type: none"> · Carta informativa explicando el mayor valor pagado en el IBC y cotización firmada por el cotizante
	<ul style="list-style-type: none"> · Solo los independientes pueden adjuntar carta autenticada de no bancarizado 				

El aportante debe realizar la solicitud de transferencia de aportes entre EPS a la EPS que recibió erradamente el aporte, especificando con claridad la EPS a la cual se debe transferir el aporte

¿CUALES SON LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS?

El afiliado cotizante, dependiente o independiente, tendrá derecho a ausentarse o reducir su jornada de trabajo durante un tiempo determinado, en cumplimiento de una indicación médica u odontológica profesional, certificada por el médico u odontólogo adscrito a la EPS. El empleador le debe pagar al trabajador dependiente un subsidio económico, con la periodicidad de la nómina, que no depende del reconocimiento por parte de la EPS; para ello, el trabajador debe llevar al empleador el certificado médico de incapacidad temporal (Código Sustantivo de Trabajo, artículo 227, Circular 011 de 1999 Superintendencia Nacional de Salud, Decreto 019 de 2012, artículo 121).

7. COPAGOS

El **COPAGO** es un aporte en dinero que deben pagar los beneficiarios al régimen, lo cual corresponde a una parte del valor del servicio quirúrgico y tienen como finalidad ayudar a financiar al sistema.

AFILIADOS QUE NO CANCELAN COPAGOS:

- Afiliados del Nivel I del SISBEN.
- Poblaciones especiales:
- Población infantil abandonada (ICBF)
- Población indigente.
- Población en condiciones de desplazamiento forzado (Acción Social).
- Población indígena.
- Población desmovilizada (Acción Social).
- Personas de la 3ra edad en protección de ancianos.

- Población rural migratoria.
- Población ROM (Gitanos).

SERVICIOS LIBRES DE COPAGO:

- Servicios de promoción y prevención.
- Programas de control en atención materno infantil: crecimiento y desarrollo; control de embarazo puerperio; atención de parto espontáneo, intervenido o por cesárea; atención de las complicaciones del embarazo en las que se incluyen la amenaza de aborto y el aborto espontáneo las complicaciones del puerperio y la planificación familiar.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- Atención inicial de urgencias.
- Consulta externa médica, odontológica y paramédica.
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios.
- Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico que se ordenen en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.
- Exámenes de diagnóstico por imagenología que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.
- Atención del niño durante el primer año de vida.

COBRO DE COPAGOS:

Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban a través de COPAGOS.

TENDRÁ LUGAR A COPAGOS:

En caso de ser beneficiario calificado en el nivel II del SISBEN, se debe cancelar un copago que corresponde a un pago compartido por los servicios hospitalarios y ambulatorios quirúrgicos o no quirúrgicos y que no excede en el año un SMMLV.

¿Cuánto deben pagar?

Máximo el 10% de lo que cueste el respectivo servicio.

*En todo caso, si durante el año un afiliado es atendido varias veces por una misma enfermedad o evento, la suma de todos los copagos que cancele debe ser máximo de medio salario mínimo mensual vigente.

*Si es atendido por distintas enfermedades o eventos durante el año, la suma de todos los copagos que cancele no puede ser superior a un salario mínimo mensual vigente.

CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS (Acuerdo 260 de 2004 CNSSS)

1. REFERENTE: SALARIO MINIMO

	2018	2019	INCREMENTO
SMLMV (1)	781.242	828.116	6,00%
SMLMDV (2)	26.042	27.604	6,00%

(1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente

(2) Salario Mínimo Legal Diario Vigente

2. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

2.1. Valor de la Cuota Moderadora 2019

RANGO DE INGRESOS EN SMLMV (1)	CUOTA EN % DEL SMLDV (2)	VALOR CUOTA MODERADORA 2018	VALOR CUOTA MODERADORA 2019	INCREMENTO 2019/2018
MENOR A 2 SMLMV	11,70%	3.000	3.200	6,67%
ENTRE 2 y 5 SMLMV	46,10%	12.000	12.700	5,83%
MAYOR 5 SMLMV	121,50%	31.600	33.500	6,01%

(1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente

(2) Salario Mínimo Legal Diario Vigente

Nota: Los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en el Artículo 8o. del Acuerdo 260 del CNSSS, se ajustarán a la centena más cercana. (Acuerdo 030 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, párrafo del Artículo Décimo Primero)

LAS CUOTAS MODERADORAS SE APLICARÁN A LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.

2. Consulta externa por médico especialista.

3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.

4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.

5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Ejemplos de problemas que SI comprometen la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud:

- Paciente con un infarto agudo del miocardio.
- Paciente con dolor abdominal para el cual se hace impresión diagnóstica de apendicitis.
- Paciente con crisis asmática.

Ejemplos de problemas que NO comprometen la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud:

- Paciente con cuadro de EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) sin compromiso hemodinámico (Hidratado, normotenso, etc).
- Paciente con dolor muscular de varios días de evolución sin cambios en el cuadro sintomático.
- Paciente con cuadro de conjuntivitis.

2.2. Valor de los Copagos 2019

RANGO DE IBC EN SMLMV (1)	COPAGO EN % DEL VALOR DEL SERVICIO	VALOR MAXIMO POR EVENTO (2)	VALOR MAXIMO POR AÑO (3)	INCREMENTO 2019/2018
MENOR A 2 SMLMV	11,50%	237.669	476.167	6,00%
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	17,30%	952.333	1.904.667	6,00%
MAYOR A 5 SMLMV	23,00%	1.904.667	3.809.334	6,00%

(1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente

(2) Evento o servicio, por ejemplo una cirugía o una hospitalización con atención no quirúrgica

(3) Año calendario, agregado de copagos del 1° de Enero al 31 de Diciembre de cada anualidad

LOS COPAGOS DEBEN SER APLICADOS A TODOS LOS SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADO CON LOS RECURSOS DE LA UPC, CON EXCEPCIÓN DE:

1. Servicios de promoción y prevención

2. Programas de control de atención materno infantil

3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles

4. A enfermedades catastróficas o de alto costo

5. La atención inicial de urgencias:

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 3° de la Decreto 412 de 1992 o demás disposiciones que lo complementen, adicionen o modifiquen, comprende 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.

6. Los servicios sujetos a la aplicación de cuotas moderadoras

NOTA: Adicionalmente, deberá tenerse en cuenta la **Circular No. 00016 de 2014** del Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos establecida por **leyes especiales**.

3. RÉGIMEN SUBSIDIADO

3.1. Cuota Moderadora 2019

En el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se cobran cuotas moderadoras.

3.2. Valor de los Copagos 2019

TOPES	COPAGO EN % DEL SERVICIO	VALOR MAXIMO COPAGO 2019	INCREMENTO 2019/2018
VALOR MÁXIMO POR EVENTO	10%	414.058	6,00%
VALOR MÁXIMO POR AÑO		828.116	6,00%

LA ATENCIÓN CON CUALQUIER SERVICIO, ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO E INTERVENCIÓN INCLUIDO EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADO CON LOS RECURSOS DE LA UPC DEL REGIMEN SUBSIDIADO SERÁ GRATUITA Y NO HABRÁ LUGAR AL COBRO DE COPAGOS PARA LAS SIGUIENTES POBLACIONES:

1. Niños durante el primer año de vida
2. Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (cualquier edad)
3. Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados censales u otros, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel UNO del SISBEN tales como:
 - ✓ Población infantil abandonada mayor de un año
 - ✓ Población indigente
 - ✓ Población en condiciones de desplazamiento forzado
 - ✓ Población indígena
 - ✓ Población desmovilizada (ver numeral 4)
 - ✓ Personas de la tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia social
 - ✓ Población rural migratoria
 - ✓ Población ROM
4. El núcleo familiar de la población desmovilizada una vez identificado mediante la encuesta SISBEN, no será sujeto del cobro de copagos siempre y cuando se clasifique en el nivel UNO del SISBEN.

LA ATENCIÓN SERÁ GRATUITA Y NO HABRÁ LUGAR AL COBRO DE COPAGOS PARA CUALQUIER POBLACIÓN DE CUALQUIER EDAD Y CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA, EN LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

1. Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones
2. Servicios de promoción y prevención
3. Programas de control en atención materno infantil
4. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
5. Enfermedades catastróficas o de alto costo
6. La atención inicial de urgencias: De conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 3° de la Decreto 412 de 1992 o demás disposiciones que lo complementen, adicione o modifiquen, comprende 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.
7. La consulta médica, odontológica y consulta por otras disciplinas no médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, despacho de medicamentos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud financiado con los recursos de la UPC del régimen subsidiado y consulta de urgencia.
8. Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías

4. CALCULO DE LOS COPAGOS 2019

Para efectuar el cálculo del respectivo copago, siga los siguientes pasos:

1. Exija y revise el valor total de la cuenta
2. Al valor total facturado (después de ajustes si éstos son necesarios) aplíquese el porcentaje por servicio que le corresponda, según el régimen y el nivel de ingresos al que pertenece con la siguiente fórmula, VALOR\$ x PORCENTAJE:

RÉGIMEN	PORCENTAJE	FORMULA
CONTRIBUTIVO MENOR A 2 SMLMV	11,50%	VALOR\$ x 0,115
CONTRIBUTIVO ENTRE 2 Y 5 SMLMV	17,30%	VALOR\$ x 0,173
CONTRIBUTIVO MAYOR A 5 SMLMV	23,00%	VALOR\$ x 0,23
SUBSIDIADO	10,00%	VALOR\$ x 0,10

3. Verifique que el resultado no sea más alto que el valor máximo establecido por evento según el régimen y el nivel de ingresos al que pertenece. Si el resultado es mayor a este tope, le corresponde un copago por ese valor máximo y si es menor al tope, pagará ese menor valor.
4. Verifique que la suma de todos los copagos pagados por un mismo afiliado en el acumulado de enero a diciembre de cada año no es mayor al valor máximo establecido para el año según el régimen y el nivel de ingresos al que pertenece. Si el resultado es mayor a este tope, le corresponde un copago por un valor que sumado a los anteriores no supere dicho máximo (VALOR\$ MAXIMO AÑO – COPAGOS ACUMULADOS AÑO) y si es menor al tope, pagará el valor que le corresponda según el numeral 3.

Fuente: [Ministerio de Salud y Protección Social](#)

COMFAORIENTE EPS-S dando cumplimiento a la **CIRCULAR 016 DE 2014 de Ministro de Salud y Protección Social**, con el Propósito: Exceptúan de manera concurrente del pago de copagos a los siguientes grupos de población:

1. Las personas con discapacidad mental que tienen derecho a los servicios de salud de manera gratuita, a menos que su patrimonio directo o derivado de la prestación alimentaria, le permita asumir tales gastos (Ley 1306 de 2009, artículo 12).

2. Los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010 (artículo 4°, parágrafo 2°), que de conformidad con lo previsto en su artículo 2°, corresponden a:

La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo a la normatividad vigente;

La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico de aplasias medulares y Síndromes de falla medular, Desórdenes hemorrágicos hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios.

La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el literal anterior y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.

3. Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de vasectomía o ligadura de trompas (Ley 1412 de 2010, artículos 2° y 3°).

4. Los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del plan de beneficios (Ley 1438 de 2011, artículo 18).

5. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física, mental y atención integral hasta que se certifique medicamente su recuperación (Ley 1438 de 2011, artículo 19).

6. Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificados por la autoridad competente, respecto de la prestación de servicios de salud física, mental, atención integral, sin importar su régimen de afiliación, hasta que se certifique medicamente la recuperación de las víctimas (Ley 1438 de 2011, artículo 54).

7. Las víctimas del conflicto armado interno en los términos del artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, y las pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en los términos del artículo 3° del Decreto-Ley número 4635 de 2011, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2, en todo tipo de atención en salud que requieran.

En caso de no hallarse afiliadas a ningún régimen, tendrán que ser afiliadas de manera inmediata al régimen subsidiado (Ley 1448 de 2011, artículo 52, parágrafo 2°; Decreto-ley 4635 de 2011, artículo 53, parágrafo 2°).

8. Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido, en concordancia con los artículos 65 y 66 de la Ley 1438 de 2011 (Ley 1618 de 2013, artículo 9°, numeral 9).

9. Las víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, respecto de los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas (Ley 1438 de 2011, artículo 53^a, adicionado por el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013).

8. TRAMITE PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO

“RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994, ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario. Deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.”ⁱⁱⁱ

Tienen derecho a solicitar reembolso los afiliados a COMFAORIENTE EPS-S, que tengan su afiliación vigente en el momento de recibir la atención. Se puede solicitar reembolso dentro de los 15 días siguientes a la fecha de cancelación del servicio médico en los siguientes casos:

a. Cuando un usuario presenta una urgencia vital y por fuerza mayor accede al servicio a la IPS más cercana que no pertenece a la Red de Instituciones de COMFAORIENTE EPS-S.

b. Cuando de manera injustificada COMFAORIENTE EPS-S emita una negación del servicio al afiliado.

c. Cuando no exista IPS contratada o disponible, para la atención de urgencias en la ciudad que requirió el servicio; esta solicitud debe presentarse ante COMFAORIENTE EPS-S, durante los 15 días calendarios siguientes de la salida del paciente.

9. PORTABILIDAD.

De acuerdo al Decreto número 1683 de 2013 por el cual reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 del 2011, sobre portabilidad Nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El presente decreto tiene como objeto establecer las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, este aplica a todos los afiliados al sistema de seguridad social en salud con el fin de que las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de salud y las autoridades territoriales de salud intervengan para garantizar la portabilidad del seguro en salud en el territorio nacional

Emigración ocasional: entendida como un periodo no mayor a un mes (1) desde el municipio donde habitualmente reciben los servicios de salud en una IPS primaria a una diferente dentro del territorio nacional, en este evento deben brindárseles el servicio de urgencias.

Emigración temporal: cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio del territorio nacional por un periodo superior a un mes (1) e inferior a doce meses (12) deberá garantizar su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de esta el acceso todos los servicios del plan obligatorio en salud.

Emigración permanente: cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar el afiliado deberá cambiar la EPS afiliándose a una que opere en el respectivo régimen en el municipio receptor, cuando la emigración temporal supere los doce meses (12) esta se considera permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más si persisten las condiciones de temporalidad de traslado.

Razón por la cual tanto prestadores como asegurados deben dar escrito cumplimiento al decreto 1683 de 02 de agosto del 2013 notificando oportunamente al correo electrónico **portabilidad@comfaorientepss.net - calida@comfaorientepss.net** y a los teléfonos **5836890 - 5921830** Ext. 101,104 para garantizar los servicios de salud a la población afiliada

10.DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

LEY ESTATUTARIA No. 1751 DE 2015, POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.

Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una acción integral, oportuna y de alta calidad;
- b) 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;
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;
- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;
- g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, ya poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;
- h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;
- i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;
- j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;
- k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad

de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

l) A 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 por escrito;

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;

o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde servicio; asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio

q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

De igual manera tiene derecho a:

- A elegir libremente su EPS-S, sin ninguna presión.
- Recibir los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud POS.
- Recibir atención de urgencias en todo el territorio nacional.
- Derecho a participar en la organización y control en las instituciones a través de las asociaciones de usuarios.
- Derecho a recibir información sobre el tratamiento y el costo del servicio prestado.
- Derecho a ser informados acerca de los servicios que ofrece su EPS-S.
- Recibir un trato digno y amable respetando sus creencias y costumbres.
- Ser escuchado y obtener respuesta cuando exponga sus inquietudes quejas y sugerencias.
- Trasladarse libremente de una EPS-S a otra EPS-S después de permanecer mínimo un año en la EPS actual.
- Contar con la confidencialidad de los datos registrados de su afiliación, en los proceso de autorización y en su historia clínica.

- Elegir las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de acuerdo a su ubicación geográfica.
- El afiliado a través de la oficina de atención al afiliado puede presentar derechos de petición de forma escrita cuando considere que se han presentado deficiencias, barreras y obstáculos en la prestación del servicio ya sea en las IPS contratadas o en la EPS-S.

Los afiliados a COMFAORIENTE EPS-S tienen derecho a lo contemplado en la Resolución 4343 de 2012 capítulo 4.2. *Todo afiliado o paciente sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, tiene derecho a:*

1. Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios.
2. Acceder a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos con necesidad.
3. Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
4. 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.
5. Protección especial a niñas y niños. Indicar que los derechos a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña 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.
6. 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.

7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente, incluso en el caso de enfermedad irreversible.
11. Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.
12. Aceptar o rechazar procedimientos, por sí mismo o, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia en lo posible escrita de su decisión.
13. 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.
14. Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
15. 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.
16. 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 personal de la salud debidamente competente y autorizado para su ejercicio.

17. 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.
18. Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.
19. 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.
20. Ser respetado en su voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
21. 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.
22. Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda.
23. 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.
24. 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.
25. Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud y la prohibición de que 'bajo ningún pretexto' se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos.

26. 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.
27. 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.
28. Recibir por escrito, del prestador de servicios de salud, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
29. 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.
30. 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 a los afiliados copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
31. Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.

COMFAORIENTE EPS-S se permite informar a sus afiliados sobre la DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General, Bali, Indonesia, Septiembre 1995

PRINCIPIOS

1. Derecho a la atención médica de buena calidad

- a. Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.
- b. Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.
- c. El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.
- d. La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
- e. En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.
- f. El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.

2. Derecho a la libertad de elección

- a. El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.
- b. El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

3. Derecho a la autodeterminación

- a. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.
- b. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente

debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.

c. El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

4. El paciente inconsciente

a. Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible y cuando sea legalmente pertinente.

b. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.

c. Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

5. El paciente legalmente incapacitado

a. Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal, cuando sea legalmente pertinente; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.

b. Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.

c. Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

6. Procedimientos contra la voluntad del paciente

El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

7. Derecho a la información

- a. El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona.
- b. Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.
- c. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.
- d. El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.
- e. El paciente tiene el derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.

8. Derecho al secreto

- a. Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- b. La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de "necesidad de conocer", a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.
- c. Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

9. Derecho a la educación sobre la salud

Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por

su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educacionales.

10. Derecho a la dignidad

a. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.

b. El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.

c. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más dignamente y sin molestias posible.

11. Derecho a la asistencia religiosa

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

USTED TAMBIEN TIENE DEBERES COMO AFILIADO

LEY ESTATUTARIA No. 1751 DE 2015, POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;
- f) Cumplir las normas del sistema de salud; g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser

invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 10.

- Cuidar su salud y la de su familia, practicando las enseñanzas recibidas por el equipo de salud de COMFAORIENTE EPS-S.
- Cumplir con los horarios de atención de las Instituciones Prestadoras de Servicios.
- Participar en las Asociaciones de Usuarios, para velar por que los servicios sean prestados bien en su totalidad.
- Hacer sugerencias de manera cordial para el mejoramiento de los servicios.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
- Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.
- Informar a COMFAORIENTE EPS-S, cuando cambie de dirección o municipio.
- Reportar cuando en el núcleo familiar nace un niño o muere un familiar afiliado a COMFAORIENTE EPS-S.
- INFORMAR A LA EPS-S cuando haya novedades acerca de los documentos de identidad (Registro, Tarjeta, Cedula).

Son deberes de los afiliados y paciente de COMFAORIENTE EPS-S según lo contemplado en la Resolución 4343 de 2012 capítulo 4.3:

1. Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
2. 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.
3. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

4. Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
5. Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
6. Cumplir las normas del sistema de salud.
7. Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
8. Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
9. 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.

11. OFICINAS DE ATENCION EN COMFAORIENTE EPS-S

MUNICIPIO	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
CUCUTA	AVENIDA 2 No 13-55 BARRIO LA PLAYA	(+57) 5755560	gerencia@comfaorientepss.net
ARBOLEDAS	AVENIDA 4 NO 1-56 BARRIO LA PRESENTACION.	3124879593	epsarboledas@comfaorientepss.net
CACHIRA	CALLE 6 NO 6-45 BARRIO BUENOS AIRES	3232235740	epscachira@comfaorientepss.net
CACOTA	CARRERA 3 NO 4-155 BARRIO LA ESPERANZA	3124879381	epscacota@comfaorientepss.net
CONVENCION	CALLE 5 NO 8-12 BARRIO CENTRO	3124879648	epsconvencion@comfaorientepss.net
CUCUTILLA	CARRERA 3 NO.5-028 BARRIO SOGAMOSO	3124879599	epscucutilla@comfaorientepss.net
EL CARMEN	CARRERA 3 NO 8-32 CALLE BOLIVAR CENTRO	3124879224	epselcarmen@comfaorientepss.net
EL TARRA	CARRERA 7 NO 14-33 BARRIO PUEBLO NUEVO	3124879666	epseltarra@comfaorientepss.net
HERRAN	AVENIDA 3 NO 4-38 BARRIO PERPETUO DEL SOCORRO	3124879377	epsherran@comfaorientepss.net
EL ZULIA	AVENIDA 1 NO 9-18 BARRIO EL TRIUNFO	3124359419	epselzulia@comfaorientepss.net
GRAMALOTE	MANZANA 6 CASA 2 BARRIO SANTA ROSA	3124879182	epsgramalote@comfaorientepss.net
OCAÑA	CALLE 7 NO.13-173 BARRIO LA PRIMAVERA	3153096953	epsocana@comfaorientepss.net
PAMPLONA	CLL.1 # 5-17 SANTO DOMINGO	3124359546	epsamplona@comfaorientepss.net
RAGONVALIA	AVENIDA 4 NO CALLE 18 NO 4-67 BARRIO CENTENARIO	3232235741	epsragonvalia@comfaorientepss.net
SANTIAGO	CARRERA 2 NO 3-22/24 BARRIO CENTRO	3232235744	epssantiago@comfaorientepss.net
TEORAMA	KDX 13 NO 13-40 BARRIO SUSUVA	3124879652	epsteorama@comfaorientepss.net
TIBU	CALLE 4 CON CARRERA 6 NO 6.31 BARRIO MIRAFLORES	3208585908	epstibu@comfaorientepss.net
VILLACARO	BARRIO DELICIAS DE LOURDES KDX 14	3124879998	epsvillacaro@comfaorientepss.net

COMFAORIENTE EPS-S cuenta con los siguientes puntos de contacto para el Sistema de Referencia y Contrareferencia:

- Celular: Autorizaciones 313-422-2339

- Celular: Referencia Y Contrareferencia 310-219-7147
- Celular concurrencia: 310-219-8158
- E-mail: referencia@comfaorientepss.net
autorizaciones@comfaorientepss.net

11.1 HORARIO DE ATENCION EN LOS MUNICIPIOS

MUNICIPIOS	HORARIOS
TEORAMA, CONVENCION, TIBU, OCAÑA, EL CARMEN PAMPLONA, EL TARRA, EL ZULIA, CUCUTA	LUNES A VIERNES DE 7:00 AM A 12:00 M 2:00 PM A 6:00 PM
ARBOLEDAS, GRAMALOTE, HERRAN, CACOTA, CUCUTILLA, VILLACARO	MARTES A VIERNES DE 7:00 AM A 12:00M 2:00 PM A 6:00 PM SABADOS Y DOMINGOS 7:00 AM A 12 M

12. RED DE SERVICIOS

RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD / VIGENCIA 2017

NOMBRE DEL PRESTADOR	DIRECCION	TELEFONO
E.S.E. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	CALLE 1 No 9-85 BARRIO CALVO SUR (BOGOTÁ)	0914320160 Ext.: 2000-2001
FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. - UNIDAD RENAL CUCUTA	CALLE 14 N° 1-37 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5730137 - CEL: 3182574894
ALIADOS EN SALUD S.A.	AVENIDA 1 N° 16-69 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5725111 - CEL: 3203389824
PIEL MEDICALSPA CENTRO DERMATOLOGICO I.P.S. S.A.S.	CALLE 21 B N° 0B-106 BARRIO EL ROSAL (CUCUTA)	TEL: 5722889 - CEL: 3132230707
OPTICA CIENTIFICA Y COMPAÑIA LTDA.	CALLE 11 N° 0-24 LOCAL 109 EDIF. COLEGIO MEDICO (CUCUTA)	TEL: 5715869
OPTICA LINDAVISION I.P.S. S.A.S.	AV 3 N° 10-24 LOCAL 3 LAT 7 BARRIO CENTRO (CUCUTA)	TEL: 5710550 CEL: 3104808383
ORALX CUCUTA LTDA.	CALLE 9 N° 0E-88 LOCAL 101-102 URB. ROSETAL BARRIO LATINO (CUCUTA)	TEL: 5727411 CEL: 3112505382
ODONTOCUCUTA S.A.	AV 3E N° 13A-07 BARRIO CAOBOS (CUCUTA)	TEL: 5713966 - 5724636
CLINICA ABC ORTODONCIA S.A.S	CALLE 11 N° 0-29 CENTRO COMERCIAL GRAN BULEVAR TORRE A (CONS: 505A - 506A) BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5711177 - 5720218
DR. DANIEL QUINTERO QUINTERO - CARDIOLOGO PEDIATRA	AV 1 N° 13-90 CONSULTORIO 205 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5893293 CEL: 3123707736
DR. LUIS CARLOS BECERRA ANDRADE - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	AV 1 N° 15-43 CONS. 703 CENTRO MEDICO JERICO BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5721271 CEL: 3177189122
DRA. LINEY ISABEL BARRERA ZAPA - PATOLOGA	AV 1 N° 15-43 CONS 504 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5835801 CEL: 3132666382
DR. GERSON DIDIER GUARIN - INFECTOLOGO	AVENIDA 5a N° 17-12, BARRIO LA CABRERA (CUCUTA)	TEL: 5955485 CEL: 3164720140
INSTITUTO NEUROLOGICO INFANTL S.A.S - INFANEURO S.A.S.	CALLE 17 N° 0-49 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5834348 CEL: 3108129752
SOMEFYR S.A.S.	CALLE 15 N° 3AE-06 BARRIO CAOBOS (CUCUTA)	TEL: 5891968 CEL: 3008521200
ATENCION EN REHABILITACION INTEGRAL S.A.S. - ATERIN S.A.S.	AVENIDA 1E N° 4-53 CEIBA (CUCUTA)	TEL: 5774938
MEDICINAS Y TERAPIAS, ATENCION DOMICILIARIA - MEDITAD I.P.S. S.A.S.	CALLE 6N N° 13E-50, BARRIO LOS ACACIOS (CUCUTA)	CEL: 3108802216 CEL: 3115912938
CODIGO AZUL MEDICINA EN SU HOGAR S.A.S.	CALLE 7 N° 5E-62 URB SAYAGO	TEL: 5770932 CEL: 3115684826
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS SANARTE CLINICA DE HERIDAS Y OSTOMIAS S.A.S.	CALLE 7 a N 11-50 Loma de Bolivar (CUCUTA)	TEL: 5922778 CEL: 3125833098
SERVIMOS AMBULANCIAS DE COLOMBIA I.P.S. S.A.S.	CALLE 0 N° 1E-06 BARRIO QUINTA BOSCH (CUCUTA)	TEL: 5741072 CEL: 3142782257
CENTRO NEUMOLÓGICO DEL NORTE S.A.S.	AV. 1 N° 20-41 BARRIO BLANCO (CUCUTA)	TEL: 5784936 CEL:

		3165469027
ECOIMAGEN SALUD S.A.S.	CALLE 16 N° 1E-42 BARRIO CAOBS (CUCUTA)	TEL: 5711047 CEL: 3005641394
UNIDAD DE MEDICINA MATERNOFETAL NORFETUS S.A.S.	CALLE 13 N° 1E-44 CONS 317B-318B (CLINICA SAN JOSE) BARRIO CAOBS (CUCUTA)	TEL: 5725487 CEL: 3106285105
CLINICA DE CANCEROLOGIA DEL NORTE DE SANTANDER	AV 2 N° 17-94 LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5835932 - 5835933
LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER - LANS S.A.S.	AEROPUERTO CAMILO DAZA MUELLE CARGA HANGAR No 1 - BARRIO AEROPUERTO (CUCUTA)	TEL: 5875231 CEL: 3134329037
ONCOMEDICAL I.P.S. S.A.S.	AV 1 N° 15-43 CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS JERICO PISO 2° Y 3° BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5725256 CEL: 3103016743
UNIDAD HEMATOLOGICA ESPECIALIZADA I.P.S. S.A.S.	CALLE 9 N° 6E-21 BARRIO LA RIVERA (CUCUTA)	TEL: 5751122 CEL: 3174014359
DR. CARLOS ARTURO BRAHIM SUS - OFTALMOLOGO	AV 0 N° 11-129 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5718475 CEL: 3114584997
CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S	CALLE 16 N° 0E-25 CAOBS (CUCUTA)	TEL: 5717442 CEL: 3138723923
CLINICA DE OFTALMOLOGIA SAN DIEGO CÚCUTA	AV 1 N° 15-04 LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5960150 CEL: 3175169386
ASOCIACION DE PATOLOGOS - ASOPAT LTDA.	AV 1E N° 11A-25 BARRIO CAOBS (CUCUTA)	TEL: 5834037 CEL: 3185482042
NUCLEAR SAN JOSE S.A.	CALLE 13 N° 1E-44 TORRE B CONS. 101B (CLINICA SAN JOSE) BARRIO CAOBS (CUCUTA)	TEL: 5722696
ASOTAC SAN JOSE S.A.	CALLE 13 N° 1E-44 TORRE B CONS. 103B (CLINICA SAN JOSE) BARRIO CAOBS (CUCUTA)	TEL: 5716395 CEL: 3175102898
CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA I.P.S. S.A.S. - CIADE S.A.S.	AV 11E N° 4-09 LC 4 BARRIO QUINTA ORIENTAL (CUCUTA)	TEL: 5943310 CEL: 3016018547
I.P.S. MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.	AVENIDA 2E N° 5-23 BARRIO LA CEIBA (CUCUTA)	TEL: 5777177 CEL: 3213969706
CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA EL NORTE S.A.S - CARDINOR S.A.S.	AV 1 N° 15-43 CENTRO MEDICO JERICO CONS 107 - 402 - 403 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5774302 CEL: 3204374586
SERVICIOS ESPECIALIZADOS FCB S.A.S.	AV 2 CALLE 19 # 1-44 BARRIO BLANCO (CUCUTA)	TEL: 5744718 CEL: 3208540015
NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL - NEUROCOOP S.A.S	CALLE 14A # 2E-85 BARRIO CAOBS (CUCUTA)	TEL: 5949806 CEL: 3015335394
NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL - NEUROCOOP S.A.S	CARRERA 8 N° 3-66 BARRIO SANTO DOMINGO (PAMPLONA)	TEL: 5684608 CEL: 3002042381
NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL - NEUROCOOP S.A.S	CALLE 12 N° 7-08 BARRIO EL CARRETERO (OCAÑA)	TEL: 5623543 CEL: 3013163375
COMPAÑIA DE NEUROLOGOS, NEUROCIRUJANOS Y ESPECIALIDADES AFINES S.A.S. - CONEURO S.A.S.	AV. 11E N° 6-41 BARRIO COLSAG (CUCUTA)	TEL: 5948212 CEL:3175010904
CLINICA STELLA MARIS	CALLE 14 N° 1-55 LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5717802 CEL: 3012723531
RTS S.A.S.	Calle 13 N° 1E-39 BARRIO CAOBS (CUCUTA)	TEL: 5880701 TEL: 5836769

FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. - UNIDAD RENAL CUCUTA	CALLE 14 N° 1-37 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5730137 CEL: 3182574894
LIGA NORTE SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CANCER	CALLE 12 N° 2-38 CENTRO (CUCUTA)	TEL: 5718424 TEL: 5833403
VIDAMEDICAL I.P.S. S.A.S.	AV. 4AE N° 5-37 BARRIO POPULAR (CUCUTA)	TEL: 5943372 CEL: 3105520233
DR. MARCEL LEONARDO QUINTERO - CIRUJANO DE TORAX	CALLE 8 N° 5E-68 URB SAYAGO - BARRIO LA RIVIERA (CUCUTA)	TEL: 5921372 CEL: 3005522066
RESPIRAR S.A.S.	CALLE 15A N° 1E-31 CAOBOS (CUCUTA)	TEL: 5722683 CEL: 3176428414
RADIOTERAPIA DEL NORTE LIMITADA	AV 2 N° 17-94 LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5835932 - 5835933
SOCIEDAD UROLOGOS DEL NORTE DE SANTANDER S.A. - URONORTE S.A.	CALLE 13A N° 1E-125 BARRIO CAOBOS (CUCUTA)	TEL: 5722722 CEL: 3164685647
AUDIOCOM S.A.S. - AUDIOCOM CUCUTA	AVENIDA CERO N° 13-131 BARRIO CAOBOS (CUCUTA)	TEL: 5942645 CEL: 3153990457
GASTROQUIRURGICA S.A.S.	CALLE 7 N° 10E-72 BARRIO COLSAG (CUCUTA)	TEL: 5777676 CEL: 3174416634
ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA - PROFAMILIA CUCUTA	AVENIDA 2 N° 13-08 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5710142 TEL: 5711130
SERVICIOS VIVIR S.A.S.	AV 11E N° 5AN-71 HOSPITAL ERASMO MEOZ, AREA DE TOMOGRAFIA (CUCUTA)	TEL: 5777024
CALZADO ORTOPEDICO JENE	CALLE 8N N° 12E-74 CIUDAD JARDIN (CUCUTA)	TEL: 5741329 CEL: 3118077377
INNOVA TECH MEDICAL - SHICO LIMITADA	CALLE 17 N° 0-36 LOCAL 4 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5920070 CEL: 3006083805
HOSPICLINIC DE COLOMBIA S.A.S.	CALLE 4 N° 11E-128 BARRIO COLSAG (CUCUTA)	TEL: 5745739 CEL: 3167406063
TRANSPORTE-SALUD-IMÁGENES - TRANSALIM LTDA.	AV 1 N° 15-43 CONSULTORIO 104 - CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS JERICO BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5720294 CEL: 3112447192
LABORATORIO CLINICO DRA. MARTA LUCIA GALLARDO CORREA	AVENIDA 0 N° 13-179 BARRIO LOS CAOBOS (CUCUTA)	TEL: 5717428 CEL: 3163006741
LABORATORIO CLINICO DRA. CLAUDIA BELEN JULIO	AV. 11E N° 7A-09 BARRIO COLSAG (CUCUTA)	TEL: 5778792 CEL: 3007356477
EMERMOVIL S.A.S.	CALLE 10 N° 9E-08 APT 103 - BARRIO LA RIVIERA (CUCUTA)	TEL: 5742929 CEL: 3174019127
DR. LUIS ENRIQUE DUARTE CASTILLO - OPTOMETRA	CALLE 6A N° 5A-11 BARRIO CENTRO (PAMPLONA)	TEL: 5681068 CEL: 3112764170
CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO MEDICO IPS SAS - CIDIM S.A.S.	CARRERA 5 N° 8-02 BARRIO CENTRO (PAMPLONA)	TEL: 5683312 CEL: 3174388466
HOSPICLINIC DE COLOMBIA S.A.S - I.P.S. OCAÑA	CALLE 7 N° 29-144 BARRIO LA PRIMAVERA (OCAÑA)	TEL: 5613665 CEL: 3176789149
CENTRO DE ATENCION NEUROPSIQUIATRICO DE OCAÑA S.A.S.	KDX 7-2 VIA OCAÑA – ABREGO	CEL: 3187315362
CENTRO DE ECO- RADIODIAGNOSTICOS S.A.S.	CALLE 12 N° 13-20 P1 EDIF MARIA ANGOLA (OCAÑA)	TEL: 5694438 CEL: 3103393529

CLINICA Y DROGUERIA NUESTRA SEÑORA DE TORCOROMA S.A.S.	CRA 14 N° 11-81 BARRIO LA LUZ (OCAÑA)	TEL: 5636333 CEL: 3182803127
MEDI-CARE LTDA.	CALLE 7 N° 30-35 CONSULTORIO # 4 - CENTRO MEDICO LA PRIMAVERA (OCAÑA)	TEL: 5611416 CEL: 3212634237
DRA. ALIDA DEL SOCORRO QUINTERO CONTRERAS - OPTOMETRA	CRA. 12 N° 11-20 LOCAL 1 EDIFICO LA FONTANA BARRIO EL CENTRO (OCAÑA)	TEL: 5692153
CENTRO OPTICO J&S - OPTOMETRA JULIANA PATRICIA CHACON	CALLE 11 No 16-22 BARRIO EL MARTINETE (OCAÑA)	TEL: 5697801 CEL: 3224567018
LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO LTDA.	CALLE 10 N° 14-34 BARRIO CENTRO (OCAÑA)	TEL: 5695388 CEL: 3106099169
CONSULTORIO ODONTOLOGICO ROLANDO RINCON E.U.	CALLE 11 N° 12-48 LOCAL 4 - PASAJE COMERCIAL BANCOLOMBIA, BARRIO EL CENTRO (OCAÑA)	TEL: 5695399 CEL: 3153783340
VITAL MEDICAL CARE - VIMEC S.A.S.	CALLE 7 N° 29-144 BARRIO LA PRIMAVERA (OCAÑA)	TEL: 5611721 CEL: 3164704019
GASES INDUSTRIALES DE LOS SANTANDERES - REPRESENTACIONES DIAZ QUINTERO LTDA.	PUNTO CUCUTA: AV 17 N° 8N-25 BARRIO CHAPINERO (CUCUTA) PUNTO OCAÑA: CARRERA 30 N° 8B-51 BARRIO LA PRIMAVERA (OCAÑA)	TEL: 5613206 CEL: 3003000002 - 3123643890
CONFESALUD I.P.S. LIMITADA	CR 16A N° 11-45 BARRIO SAN AGUSTIN (OCAÑA)	TEL: 5624520 CEL: 3176675873
SANAMEDIC S.A.S.	CARRERA 13 N° 12-68 BARRIO TACALOA (OCAÑA)	TEL: 5622020 CEL: 3176688218
DROGASALUD	CALLE 13 LOCAL 107 EDIFICIO ALMACENTRO BARRIO CALLE DEL DULCE NOMBRE (OCAÑA)	TEL: 5692705 CEL: 3132624894
SOLINSA G.C. S.A.S.	AV 2 N° 10-60 BARRIO CENTRO (CUCUTA)	CEL: 3153775798 CEL: 3173693994
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL SAN LUIS BELTRAN S.A.S.	CARRERA 6 N° 7-23 BARRIO EL CARMEN (TIBU)	CEL: 3185148066 CEL: 3164072546
SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD LTDA - SERINTSA LTDA.	CRA 4 N° 5-07 BARRIO EL CARMEN (TIBU)	TEL: 5663892 CEL: 3124391811
MAGRETH I.P.S. S.A.S.	CALLE 6 N° 3-27 BARRIO LA SUSUA (TEORAMA)	CEL: 3204271944 CEL: 3208157272
DROGUERIA POPULAR	Calle 3 N° 4-12 BARRIO CENTRO (ARBOLEDAS)	CEL: 3219114174 CEL: 3138310349
EDWIN PARADA & CIA. S.A.S. "DROGUERIA TRUJILLO CUCUTILLA No.2"	AV 3 N° 2-24 KDX 125 (CUCUTILLA)	TEL:5829283 CEL: 3183349797 CEL: 3107783254
DROGUERIA DANA DE GUAMALITO	KDX N° J7-200 CORREGIMIENTO DE GUAMALITO (EL CARMEN)	TEL: 5899239 CEL: 3202532238
COMERCIALIZADORA MEDISINS S.A.S. - DROGUERIA SANTA CLARA SERVICIO FARMACEUTICO	MUNICIPIO EL CARMEN	TEL: 5746838 TEL: 5751319
COMERCIALIZADORA MEDISINS S.A.S. - DROGUERIA SANTA CLARA SERVICIO FARMACEUTICO	MUNICIPIO EL TARRA	TEL: 5746838 TEL: 5751319

COMERCIALIZADORA MEDISINS S.A.S. - DROGUERIA SANTA CLARA SERVICIO FARMACEUTICO	CARRERA 9 N° 4-44 BARRIO LAS DELICIAS (TIBU)	TEL: 5663172 CEL: 3174018768
DROGUERIA HORACIO OLAVE	CALLE 15 N° 8-06 COMUNEROS (EL TARRA)	TEL: 5113223 CEL: 3103223868
DROGUERIA EMMANUEL.COM	AV 3 N° 3-22 BARRIO PUEBLO NUEVO (EL ZULIA)	TEL: 5789276 CEL: 3105733307
DROGUERIA SAN ROQUE Y YONFRAN	CARRERA 3 N° 5-26 BARRIO PUEBLO NUEVO	CEL: 3124498783
DROGUERIA COMUNITARIA SAN MANUELITO	AVENIDA 4 N° 7-62 BARRIO CENTENARIO (RAGONVALIA)	CEL: 3138511784 CEL: 3117696475
DROGUERIA SANTA RITA VILLACARO	KDX 14 BARRIO LAS DELICIAS (VILLACARO)	TEL: 5566069 CEL: 3202725074
ASOCIACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y SUMINISTRO DE SALUD - DROGUERIA ASSALUD	CALLE 3 N° 2-24 BARRIO CENTRO (CACOTA)	TEL: 6327799 CEL: 3125566946
DROGUERIA LA CONFIANZA	CARRERA 14 N° 4-51 BARRIO LA PRIMAVERA (CONVENCION)	TEL: 5630295 CEL: 3012300817
UNIDAD ESPECIALIZADA EN ATENCION TERAPEUTICA LTDA. - UNESAT I.P.S. LTDA.	CARRERA 37 N° 42-62 BARRIO LA CABECERA (BUCARAMANGA)	TEL: 6468959 CEL: 3108079743
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER - E.S.E. H.U.S.	KRA 33 No 28-126 BARRIO AURORA (BUCARAMANGA)	6350112 6358370
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA - INSTITUTO DEL CORAZON (FCV - IC)	CALLE 155A N° 23-58 URBANIZACION EL BOSQUE (FLORIDABLANCA)	TEL: 6396767 TEL: 6796470
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA ZONA FRANCA S.A.S. - HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA (FCV - HI)	FINCA CASA LA LOMA K7 VIA PIEDECUESTA FLORIDABLANCA VEREDA MENSULI (PIEDRECUESTA)	TEL: 6394040 CEL: 3173649010
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.	CALLE 48 N° 25-56 BARRIO SOTOMAYOR (BUCARAMANGA)	TEL: 6430026 FAX: 6433322
CENTRO MEDICO LA SAMARITANA LTDA.	AV. 10 N° 25-02 AUTOPISTA LOS PATIOS (LOS PATIOS)	TEL: 5808081 TEL: 5807036
CLINICA LOS ANDES LTDA.	AV 1 N° 17-21 BARRIO LA PLAYA (CUCUTA)	TEL: 5712233 CEL: 3108703404
CLINICA SAN JOSE DE CÚCUTA S.A.	CALALE 13 N° 1E-74 BARRIO CAOBOS (CUCUTA)	TEL: 5821111 - TEL: 5715932
CLINICA MEDICAL DUARTE ZF S.A.S.	CALLE 0N ESQUINA 16E-20 CON AV LIBERTADORES 0-71 LAS BRISAS LOTE 2 (CUCUTA)	5714823- 5833235
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ - E.S.E. HUEM	AV 11E # 5AN-71 BARRIO GUAIMARAL (CUCUTA)	TEL: 5746866 TEL: 5746888
E.S.E. HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	CALLE 22 CON AVS 19A Y 19B BARRIO SAN JOSE (CUCUTA)	TEL: 5824998 CEL: 3203048245
E.S.E. IMSALUD	CENTRO COMERCIAL BOLIVAR BLOQUE C, LOCAL C-14 (CUCUTA)	TEL: 5827007 TEL: 5843031 EXT 102 - 103
E.S.E. HOSPITAL JUAN LUIS LONDOÑO	AVENIDA 2 CALLE 6 MARGEN IZQUIERDO ESQUINA (EL ZULIA)	TEL: 5789739 CEL: 3203063930
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA	CARRERA 9a N° 5-01 BARRIO URSA (PAMPLONA)	TEL: 5682971 TEL: 5682482
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA	CARRERA 2 N° 3-106 CENTRO DE SALUD CACOTA (CACOTA)	TEL: 5290010 TEL: 5682482

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA	CARRERA 5 N° 5-38 CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO (CUCUTILLA)	TEL: 5676057 TEL: 5682482
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE	CARRERA 4 N° 5-30 BARRIO EL CARMEN (TIBU)	TEL: 5829542 CEL: 3108691863
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE	CENTRO DE SALUD EL TARRA: CALLE PRINCIPAL FRENTE A LA ESTACION DE POLICIA	TEL: 6556847 CEL: 3108691863
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL	CLL 20 CARRERA 3A BARRIO SANTA BARBARA - IPS ABREGO (ABREGO)	TEL: 5642156 CEL: 3138724201
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL	IPS CONVENCION: BARRIO SAGOC (CONVENCION)	TEL: 5630021 TEL: 5630150
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL	IPS EL CARMEN: VIA GUAMALITO- IPS GUAMALITO (EL CARMEN)	TEL: 5633301 TEL: 5633848
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL	IPS SAN PABLO: CALLE PRINCIPAL CGTO. SAN PABLO (TEORAMA)	CEL: 3138723998 CEL: 3133685871
E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	CALLE 7 N° 29-144 BARRIO LA PRIMAVERA (OCAÑA)	TEL: 5636330 TEL: 5611940
E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	CALLE 7 N° 29-144 BARRIO LA PRIMAVERA (OCAÑA)	5636330 - 5611940
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL CENTRO	CALLE 1 N° 1-07 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (ARBOLEDAS)	5669172
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL CENTRO	CLL 9 N° 9-07 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL (GRAMALOTE)	5667012
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL CENTRO	CALLE 2 N° 1-48 CENTRO DE SALUD VILLACARO (VILLACARO)	5566009
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL CENTRO	CENTRO DE SALUD DE SANTIAGO BARRIO CENTRO	TEL: 5856575
E.S.E. JOAQUIN EMIRO ESCOBAR	CARRERA 3 N° 4-86 SECTOR PABLO VI (HERRAN)	5860011
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENNTE	CLL 7 No 4-37 BARRIO KENNEDY (CACHIRA)	TEL: 5687016 - CEL: 3118039584
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL	CLL 3 No 8-47 (RAGONVALIA)	TEL: 5869011

Verificación IPS asignada a través de la página Web.

Comfaorienta EPS-S, facilitando y permitiendo el acceso a la información, a través de la página web: <http://comfaorienta.com/comfaorienta/portal/epss/>, seleccionando el link: Consulta de afiliados, digitando el número de documento de identidad, pueden verificar los datos del afiliado y las IPS-S donde le brinda los servicios de atención de Urgencias, Baja complejidad, mediana complejidad, Promoción de la salud, prevención de enfermedad y proveedor de suministro de medicamentos.

ⁱhttp://www.cundinamarca.gov.co/wps/portal/Home/SecretariasEntidades.gc/Secretariadesalud/SecretariaDesaludDespliegue/ascontenido/asreddehospitales_contenidos/csecresalud_hospitales_nivelatencion

ⁱⁱ LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015, ARTICULO 15, PRESTACIONES DE SALUD.

ⁱⁱⁱ RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994, ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS