

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



No. de Radicación Fecha de Radicación D | D | M | M | A | A | A | A

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRÁMITE (A diligenciar por la EPS)

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia <input type="checkbox"/> • Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)
---	--	---	--	---	--

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>		8. Número de documento de identidad		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		D D M M A A A A	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC		18. Residencia		19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular
Correo electrónico		Municipio / Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna
				Departamento	

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

19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>		21. Número de documento de identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		D D M M A A A A	

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número de documento de identidad		27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento		Datos complementarios	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		D D M M A A A A		29. Parentesco	
30. Etnia											
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		Municipio / Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
		Departamento		Teléfono fijo y/o celular	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot. <input type="text"/>	
B <input type="text"/>	
B <input type="text"/>	
B <input type="text"/>	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/>	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación		40. Dirección	41. Teléfono
		42. Correo electrónico	43. Municipio / Distrito
		44. Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación 2. Corrección datos básicos de identificación 3. Actualización documento de identidad 4. Actualización y corrección de datos complementarios 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código

6. Reinscripción en la EPS 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 13. Movilidad Régimen Contributivo 14. Movilidad Régimen Subsidiado 15. Traslado Mismo Régimen 16. Diferente Régimen

17. Reporte por fallecimiento 18. Reporte del trámite de protección al cesante 19. Reporte de la calidad del Pre-pensionado 20. Reporte de la calidad del Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		42. Fecha	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	Número de documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
D D M M A A A A		D D M M A A A A	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

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

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

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Se acepta únicamente firma a mano alzada

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio Se acepta únicamente firma a mano alzada

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

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

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio		Código del departamento		Número de la ficha		Puntaje	
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario		OBSERVACIONES:			
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>		Número de documento de identidad					

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

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

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

Firma del afiliado (cotizante) _____

Se acepta únicamente firma a mano alzada

No. de identificación _____

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

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

FIRMA A RUEGO:

Se acepta únicamente firma a mano alzada

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

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



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca, autorizo a COMFENALCO VALLE DELAGENTE, el tratamiento de mis datos personales (y/o los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento) para que sean almacenados, usados, puestos en circulación, compartidos o suprimidos y que sean necesarios para el normal desarrollo de las actividades, procedimientos, intervenciones, programas y en general el servicio de salud prestado por COMFENALCO VALLE DELAGENTE del cual seré usuario, tales como diligenciamiento y radicación de registros de afiliación, creación y diligenciamiento de historias clínicas, prácticas de procedimientos de salud, toma de exámenes diagnósticos, asignación de citas médicas, expedición de certificados e incapacidades, así como para las demás finalidades expresadas en la Política de Tratamiento de la Información que la corporación ha adoptado, la que conteniendo los mecanismos para el ejercicio de los derechos que le asisten a todo Titular de datos, se encuentra publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co y que declaro conocer. También declaro haber informado a los titulares pertenecientes a mi grupo familiar que usará sus datos personales y que cuento con la autorización de los mismos, para las finalidades consignadas en la mencionada Política y declaro que he sido informado que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la corporación únicamente por medio del correo electrónico afiliacionesepscv@epscomfenalcovalle.com.co, líneas telefónicas 3865300 - 018000413501, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencia y de manera presencial en las sedes de la organización, enviando comunicación escrita a la dirección Calle 5 No. 6-63 Torre C 1er piso en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca) o cualquier punto de atención (IPS).

Así mismo se me ha advertido del carácter facultativo de la respuesta al tratarse de datos sensibles (imagen, datos de salud, datos biométricos, datos del menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros), a lo cual manifiesto igualmente mi autorización a Comfenalco Valle delagente para su tratamiento.

Firma del afiliado (cotizante) _____

Se acepta únicamente firma a mano alzada

No. de identificación _____

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

1 - GLOSARIO

ARL: Administradora de Riesgos Laborales / **MIPRES:** Mi Prescripción EPS: Entidad Promotora de Salud / **IPS:** Institución prestadora de servicios de salud / **PBS:** Plan de Beneficios en Salud / **PyP:** Programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad / **PAI:** Plan ampliado de inmunización / **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud / **SMDLV:** Salario Mínimo Diario Legal Vigente / **SMMLV:** Salario Mínimo Mensual Legal Vigente / **UPC:** Unidad de Pago por Capitación

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

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

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

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

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

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

Atención de urgencias: modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

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

Atención Inicial acciones realizadas: denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Autocuidado: es una estrategia del cuidado de la Salud para generar bienestar de los seres humanos, para promover la vida de acuerdo con sus características culturales, género, etnia, clase y ciclo vital.

Beneficiario: son los miembros del grupo familiar del cotizante como: cónyuge o compañero, hijos, nietos o padres, etc.

Cobertura: género, etnia, clase y ciclo vital Significa tomar medidas para cuidar de nosotros mismos y de nuestras necesidades físicas, emocionales, mentales, financieras, ambientales y espirituales.

Cotizantes: son las personas que, como tú, hacen aportes como trabajadores, como independientes o pensionados/jubilados.

Copago: es un aporte en dinero que aplica para los beneficiarios en todos los servicios, excepto en:

- Promoción y prevención.
- Control materno infantil.
- Control de enfermedades transmisibles.

Enfermedad de alto costo: son aquellas enfermedades crónicas (persistentes) de costos elevados para el paciente y para el Sistema de Salud, por el tipo de tratamiento que exigen.

Libre escogencia: de Entidades Promotoras de Salud. Se entenderá como derecho a la libre escogencia, de acuerdo con la Ley, la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud,

aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio.

Consulta médica: es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

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

Demanda inducida: es entendida como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. Enfermedad de alto costo: aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

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

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

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

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

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

Estos eventos se encuentran exonerados del cobro de copago.

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

Prevención de la enfermedad: medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Urgencia: es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2 - SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE TIENE DERECHO COMO AFILIADO A LA EPS

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

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 5592 de 2015 ha establecido las siguientes coberturas y plan de beneficios en salud para usted y sus beneficiarios:

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

El plan de beneficios completo lo puede encontrar en la página web:
https://cms.epsdelagente.com.co/uploads/CS_5_Carta_derechos_y_deberes_mayo_2024_06d4711e8.pdf

3 - AYÚDENOS A CUIDAR SU SALUD: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

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

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

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

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

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

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

4 - LOS SERVICIOS DE SALUD QUE NO ESTÁN INCLUIDOS EN EL PBS

Conforme lo establecido en la Resolución 5592 de 26 de Diciembre del 2018, el PBS excluye todas las actividades, procedimientos y guías de atención integral que cumplan con las siguientes condiciones:

A partir de la expedición de la Ley 1751 de 2015 el afiliado tiene derecho a todos los servicios y tecnologías que a juicio del médico tratante requiera, esto es, las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios y aquellos que sin ser financiados con recursos de la UPC no han sido excluidos. Los criterios de exclusión previstos en el artículo 15 de dicha normativa y aquellos que de manera taxativa se excluyan.

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 santuario 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.

Exclusiones Generales:

- Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
- Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- Servicios y tecnologías 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.

Exclusiones Específicas:

- No se financian con recursos de la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, lentes de contacto y líquido para lentes, filtros o colores y películas especiales.
- Tratamiento con psicoanálisis.
- Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología,

dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.

- Nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal.
- La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
- Transporte o traslado de cadáveres así como los servicios funerarios.
- La resolución 244 de 2019 reglamenta y describe los servicios y tecnologías que están excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud

Inexistencia de periodos de carencia: No hay periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo señalado en el parágrafo transitorio del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, así como tampoco habrá restricciones en los servicios por traslado de EPS.

Programa Riesgo Cardiovascular: El objetivo del programa de Riesgo Cardiovascular de Comfenalco Valle EPS delagente se enfoca en realizar el manejo integral de los pacientes que tienen enfermedad cardiovascular como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad renal crónica y patologías del sistema cardiovascular mediante intervenciones de salud integrales a través de un equipo de multidisciplinario que contribuye al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida.

El programa inicia con la identificación del paciente por los diferentes medios y sectores, la captación e inscripción, actividades educativas dirigidas a la modificación de estilo de vida, clasificación del riesgo, intervención de factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y termina hasta la rehabilitación integral y cuidados paliativos del paciente si éste lo requiere.

Programa de Oncología: Disponemos para nuestros afiliados que están cursando por la enfermedad del cáncer, un convenio exclusivo en IPS reconocida de atención oncológica donde se brindará atención integral a su enfermedad. Además, de la garantía de que los procesos administrativos (programación de citas – cirugías – paraclínicos y tratamientos, autorizaciones) derivados de solicitudes relacionadas directamente con el diagnóstico de cáncer son asumidos completamente por la EPS y el prestador Oncológico En nuestra EPS acompañamos psicocialmente a los pacientes en el camino a la recuperación y mejoramiento de calidad de vida durante la atención.

Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud: La ruta de promoción y mantenimiento de la salud está dirigida a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en los afiliados y sus familias. Incluye intervenciones de Valoración Integral, protección Específica, Detección temprana y Educación para la Salud, organizadas por seis cursos de vida de la siguiente manera:

Atención a la primera infancia e Infancia (niños y niñas entre los 0 a 11 años de edad): El objetivo es valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas y detectar de forma temprana la exposición a factores de riesgo y alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo.

Las atenciones incluidas son las siguientes:

- Control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermera
- Vacunación desde el momento del nacimiento y según el esquema definido por el Ministerio de Salud (anexo)
- Salud oral a partir del año de edad
- Fortificación con micronutrientes y desparasitación intestinal
- Educación a los padres y cuidadores

Adolescencia: afiliados entre los 12 a 17 años de edad La atención en salud tiene por objetivo valorar y hacer seguimiento a la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los adolescentes, así como potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de adolescentes, mediante la información en salud. Incluye las siguientes atenciones:

- Valoración médica
- Exámenes de laboratorio según riesgo- tamizaje para anemia (mujeres)
- Vacunación
- Asesoría en anticoncepción
- Entrega de métodos anticonceptivos y preservativos
- Salud oral
- Educación para la salud

Juventud: afiliados entre los 18 a 28 años de edad La atención en salud busca valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los jóvenes, identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo y Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente su salud.

Atenciones incluidas:

- Valoración médica
- Exámenes de laboratorio según riesgo

- Vacunación
- Tamizaje para cáncer cervico uterino
- Tamizaje para ITS (según riesgo)
- Asesoría en anticoncepción
- Entrega de métodos anticonceptivos y preservativos
- Salud oral
- Educación para la salud

Adultez: Afiliados entre los 29 a los 59 años Busca valorar de manera integral la salud del adulto, detectar de forma temprana alteraciones y factores de riesgo que afecten negativamente su salud y el proceso de desarrollo.

- Valoración integral
- Asesoría en anticoncepción y planificación familiar
- Tamizaje de RCV
- Tamizaje para cáncer de cérvix, mama, próstata y colon rectal
- Tamizaje para ITS (según riesgo)
- Vacunación contra Influenza (según riesgo)
- Atención en salud oral
- Educación para la salud

Vejez: afiliados a partir de 60 años de edad Las atenciones en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud buscan valorar de manera integral la salud del adulto mayor, detectar de forma temprana alteraciones y factores de riesgo que afecten negativamente su salud.

Incluye las siguientes atenciones:

- Valoración por medicina general
- Tamizaje de RCV
- Tamizaje para cáncer de cérvix, mama, próstata y colon rectal
- Tamizaje para ITS (según riesgo)
- Vacunación contra Influenza
- Atención en salud oral
- Educación para la salud

Componente de Detección temprana de cáncer, incluye:

- Detección temprana de cáncer de próstata
- Detección temprana de cáncer colon rectal
- Detección temprana de cáncer de cuello uterino
- Detección temprana de cáncer de mama

Detección temprana del cáncer de próstata: La próstata es una glándula que se encuentra debajo de la vejiga y delante del recto. El cáncer de próstata se origina cuando las células de la próstata comienzan a crecer sin control.

Pruebas para la detección temprana de cáncer de próstata: Las pruebas para la detección temprana de cáncer de próstata se inician en todos los hombres a partir de los 50 años de edad y si los resultados son normales se realizan cada cinco años hasta los 75 años. En los hombres con factor de riesgo (antecedentes familiares o raza negra) el tamizaje debe iniciarse a partir de los 40 años de edad.

Examen clínico de la próstata (tacto rectal): consiste en palpar directamente la próstata con el fin de identificar si hay características anormales en ella.

Antígeno específico de la próstata (PSA): Es un examen que se realiza para identificar los niveles de PSA en sangre. El PSA es una sustancia que se produce en la próstata y pueden encontrarse niveles elevados en hombres con cáncer de próstata. Muchos factores pueden afectar los niveles de antígeno, como la edad, la raza, algunas enfermedades, medicamentos, procedimientos, infecciones o el agrandamiento de la próstata.

Para realizarse estas pruebas, consulte con el médico de su IPS quien le indicará PSA, tan pronto tenga el resultado debe regresar con el médico para lectura y la valoración clínica de la próstata.

Recuerde: el resultado del PSA debe ser valorado en conjunto con el examen clínico por un médico, quien le indicara el paso a seguir de acuerdo a los hallazgos.

Pruebas de detección temprana: Dentro de las intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud, está incluido el tamizaje para cáncer colon rectal para hombres y mujeres entre los 50 a 75 años de edad.

El tamizaje se realiza con una prueba de sangre oculta en materia fecal por técnica de inmunquímica, si la prueba es negativa se continuara cada dos años, hasta los 75 años. Si el resultado de la prueba de sangre oculta en materia fecal es positiva el médico solicitará otros estudios como colonoscopia y biopsia.

Consulta en tu IPS, donde el medico te explicara y ordenara la prueba de tamizajej

Detección temprana del cáncer de cuello uterino: En Colombia el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de 30 a 59 años, la mayoría de los casos de cáncer de cérvix están relacionados con la infección por el virus del papiloma humano.

La infección por el virus del papiloma humana y las enfermedades causadas por este, se pueden prevenir a través de la vacunación contra el VPH, esta vacuna hace parte del esquema nacional para todas las mujeres entre los 9 a los 18 años de edad, con dos dosis. Adicionalmente las lesiones en las células del cuello uterino se pueden identificar y tratar tempranamente, a través de la identificación con las pruebas de tamizaje que tenemos disponible:

1. Citología vaginal: Citología vaginal: está indicada en todas las mujeres a partir de los 25 años de edad, después de la primera citología vaginal normal, se hace una de

control al año y si esta es normal se continúa realizando cada tres años.

2. Prueba de ADN para VPH: 2. Prueba de ADN para VPH: indicada en las mujeres a partir de los 30 años de edad. Esta prueba permite identificar la presencia de diferentes tipos de virus del papiloma humano, especialmente los de alto riesgo o carcinogénicos que tienen mayor probabilidad de causar cáncer de cuello uterino.

Si el resultado de la prueba de ADN para VPH es negativa se practicará una de control cada cinco años hasta los 65 años de edad.

Ante resultados alterados en las pruebas de tamizaje, se solicitarán otros estudios como colposcopia y biopsia.

Las mujeres que hayan iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años, las mujeres jóvenes con tres hijos o más o las mujeres que hayan tenido diferentes compañeros sexuales, deben iniciar tamizaje con citología antes de los 25 años de edad.

En todas las IPS de atención básica las usuarias encontrarán el programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, con la toma de muestras de tamizaje, entrega de resultados, educación y orientación a nuestras afiliadas y no tiene costo alguno. Te recomendamos si ya es tiempo de control programar tu cita y no olvides reclamar el resultado.

Detección temprana del cáncer mama

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres colombianas, la detección temprana es una de las medidas más importantes para su control.

Las herramientas para la detección temprana de cáncer de mama incluyen la toma de mamografía a partir de los 50 años de edad cada dos años hasta los 69 años. El examen clínico de la mama, cada año a partir de los 40 años de edad, el cual debe ser realizado por un profesional de la salud entrenado y el autoexamen de seno como una práctica de autocuidado y autoconocimiento de las mujeres

Signos de alarma por los que debe consultar inmediatamente al médico:

- Presencia de una masa o protuberancia en los senos o alrededor de las axilas
- Cambios en la piel como irritación, enrojecimiento, descamación o formación de hoyuelos (parecido a la cascara de naranja)
- Retracción de los pezones
- Secreciones por el pezón (diferente a la leche materna)

Tenga en cuenta que en los estadios tempranos del cáncer de mama generalmente no hay síntomas, por eso todas las mujeres a partir de los 50 años deben iniciar con el tamizaje con mamografía.

La mamografía es un procedimiento muy sencillo, consiste en tomar una radiografía de los senos para identificar cambios que puedan ser signos de cáncer de seno. Ante resultados alterados en la mamografía se requieren otros estudios como ecografía o biopsia de seno.

Recomendaciones para la toma de la mamografía:

- Si se ha realizado estudios previamente, preséntelos al momento de la toma
- No se aplique talco, cremas, perfumes, desodorante el día de la toma
- Presente el documento de identificación original e informe sus datos actualizados de contacto
- En Comfenalco Valle EPS, las mujeres mayores de 50 años que no se han realizado la mamografía, no requieren orden médica ni autorización, solo deben presentarse al proveedor de mamografías.
- Recuerde siempre reclamar el resultado y presentarlo al médico en su IPS de atención

Programa Gestantes: Señora usuaria en comfenalco valle contamos diferentes programas para detectar tempranamente sus requerimientos en salud y prevenir posibles complicaciones.

Realizamos todas las intervenciones para la promoción de la salud materna a todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido:

- Atención al cuidado preconcepcional
- Educación en derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de riesgos y alternativas de la concepción.
- Brindamos atención para el cuidado prenatal con todas las atenciones que contribuyen i) mejorar la salud materna ii) promover el desarrollo del feto, iii) identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y iv) generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro.
- Contamos con un equipo multidisciplinario para tu atención como lo es Enfermera, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, trabajo social, ginecólogo.
- Realización del curso de preparación para la maternidad y paternidad gestantes de la gente.

5 - CONOZCA SUS DERECHOS Y DEBERES:

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

Derechos:

El capítulo de derechos deberá especificar que todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad,

idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen o condición social o económica, tiene derecho a:

Atención médica accesible. Idónea, de calidad y eficaz

- Acceder, en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que no estén expresamente excluidos del plan de beneficios financiados con la UPC.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar su condición de salud y orientar la adecuada decisión clínica.
- Indicar que los derechos a acceder a un servicio de salud que requiera un niño, niña o adolescente para conservar su vida, su dignidad, su integridad, así como para su desarrollo armónico e integral, y su derecho fundamental a una muerte digna, están especialmente protegidos.
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la EPS. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad incluyendo el final de la vida, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizada para su ejercicio.
- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud disponible dentro de la red prestadora, en caso de duda sobre su diagnóstico y/o manejo de su condición de salud.
- Obtener autorización por parte de la EPS para una valoración científica y técnica, cuando tras un concepto médico, generado por un profesional de la salud externo a la red de la EPS y autorizado para ejercer, este considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Acceder a los servicios y tecnologías de salud en forma continua y sin que sea interrumpido por razones administrativas o económicas.
- Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso, el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad.
- Toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite y tanto prestadores como aseguradores deben implementar mecanismos expeditos para que la autorización fluya sin contratiempos.
- Acreditar su identidad mediante el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico. No deberá exigirse al afiliado, carné o, certificado de afiliación a la EPS para la prestación de los servicios, copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
- Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente al de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por doce (12) meses, haciendo la solicitud ante su EPS.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad, así como a los elementos y principios previstos en el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Protección a la dignidad humana

- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable, ni obligada a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.
- Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.
- Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.
- Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud asociados a la patología y la prohibición de que bajo ningún pretexto se deje de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos o cuotas moderadoras.
- Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

A la información

- Recibir información sobre los canales formales para presentar peticiones, quejas reclamos y/o denuncias y, en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna y de fondo.
- Disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado sobre su condición, así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de éstos y el pronóstico de su diagnóstico.
- Recibir, en caso de que el paciente sea menor de 18 años, toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, sus padres, o en su defecto su representante legal o cuidador, para promover la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud. La información debe ser brindada teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra.
- Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada, en los casos de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en las circunstancias despenalizadas por la Corte Constitucional, o de eutanasia; tal objeción, en caso de existir, debe estar en conocimiento de la IPS, con la debida atelación, y por escrito, de parte del médico tratante. El paciente tiene derecho a que sea gestionada la continuidad de la atención inmediata y eficaz con un profesional no objeto.
- Revisar y recibir información acerca de los costos de los servicios prestados.
- Recibir de su EPS o de las autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, la gestión necesaria para: (i) obtener la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos; (ii) recibir por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio; (iii) conocer 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) recibir acompañamiento durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
- Recibir del prestador de servicios de salud, por escrito, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando excepcionalmente se presente dicha situación.
- Recibir información y ser convocado individual o colectivamente, a los procesos de participación directa y efectiva para la toma de decisión relacionada con la ampliación progresiva y exclusiones de las prestaciones de salud de que trata el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, conforme al procedimiento técnico científico y participativo establecido para el efecto por este Ministerio.
- Solicitar copia de su historia clínica y que esta le sea entregada en un término máximo de cinco (5) días calendario o remitida por medios electrónicos si así lo autoriza el usuario, caso en el cual el envío será gratuito.

A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las EPS no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
- Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad.
- A suscribir un documento de voluntad anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no
- a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado médico, sus preferencias de cuidado al final de la vida, sobre el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales.
- A que los representantes legales del paciente mayor de edad, en caso de inconciencia o incapacidad para decidir, consientan, disientan o rechacen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.
- A que, en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor.
- Al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y de atenciones inseguras.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado de manera clara y detallada acerca de los objetivos,

métodos, posibles beneficios, riesgos previsible e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

- Ser respetado en su voluntad de oponerse a la presunción legal de donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otras personas. Para tal fin, de conformidad con el artículo 4° de la Ley 1805 de 2016. Toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante notario público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud - INS. También podrá oponerse al momento de la afiliación a la EPS, la cual estará obligada a informar al INS.
- Cambiar de régimen, ya sea del subsidiado al contributivo o viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS y sin que exista interrupción en la afiliación, cuando pertenezca a los niveles 1 y 2 del SISBÉN o las poblaciones especiales contempladas en el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

A la confidencialidad

- A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.
- A que, en caso de ser adolescentes, esto es, personas entre 12 y 18 años, deba reconocerse el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- A la asistencia religiosa.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profese o si no profesa culto alguno.

Deberes:

- Procurar el cuidado integral de su salud, familia y comunidad.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir oportunamente con las citas médicas y demás servicios solicitados
- Cumplir de manera responsable con las recomendaciones dadas por el personal de salud que lo asisten.
- Tratar con respeto y dignidad al personal humano que lo atiende.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Realizar el pago completo y a tiempo las cuotas moderadoras o copagos que haya lugar.
- En caso de requerir servicios de la EPS Consorcio Salud Comfenalco Valle, o de su Red de instituciones contratada, identificarse con el documento de identidad original y en los casos necesarios, anexar las autorizaciones de servicios emitidas para acceder a la prestación del servicio.
- Afiliarse con su grupo familiar al sistema general de seguridad social en salud. Cuando dos conyugues coticen deberán de estar afiliados a una misma EPS y sus beneficiarios afiliados en cabeza de uno solo de ellos.
- Presentar todos los documentos que acrediten la condición y parentesco de quienes han sido afiliado como su grupo familiar ante la EPS Comfenalco.
- Informar a la EPS Comfenalco, cualquier novedad que se presente del cotizante o su grupo familiar tales como: cambio de documento de identidad, dirección, teléfono, cambio del grupo familiar o fallecimiento de alguno de ellos y cambio de IPS.
- Al momento de la afiliación y durante la permanencia en la Comfenalco EPS, la información debe de ser clara veraz y completa sobre el ingreso base de cotización (IBC), estado de salud del cotizante y grupo familiar.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación y demás que se requieran para el disfrute de los servicios de salud de la EPS Comfenalco Valle.
- Informar al médico tratante o institución tratante, el origen real de la atención requerida; ejemplo: accidente de tránsito, accidente de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad general, etc.
- Asistir a las actividades, talleres, charlas, conferencias y diferentes programas de promoción y prevención establecidos por la EPS Comfenalco Valle, que le permitan adquirir los conocimientos e implementar las prácticas necesarias para el autocuidado de la salud.
- Si es trabajador independiente, pagar sus cotizaciones dentro de los términos fijados por la ley. En caso de que su condición de afiliación independiente cambie, reportar esta novedad ante Comfenalco EPS.
- Si es trabajador dependiente, vigilar que su empleador cumpla con la obligación de pagar completo los aportes a salud.
- Actualizar los datos de ubicación geográfica del cotizante y su grupo familiar cada vez que se realice un cambio de dirección o ciudad.

Causales de suspensión (Decreto 2353 de 2015):

Se suspende la afiliación por las siguientes causales:

- Mora de 2 meses en cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional (Decreto 2353 de 2015, Art. 71 y 73).
- Si no se presentan los soportes requeridos que acrediten la condición de beneficiarios durante los 3 meses siguientes a partir del primer requerimiento al cotizante, excepto gestantes y menores de edad.

Causales de terminación de la inscripción en una EPS (Decreto 2353 de 2015):

- Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.
- Cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como independiente, o cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para ser cotizante, no reporta la novedad como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el periodo de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme al Decreto 2353 de 2015.
- Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones para ostentar dicha condición, y no reporten la novedad de cotizante dependiente, independiente, afiliado adicional o de movilidad entre regímenes.
- Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la EPS. Esta novedad se debe reportar a más tardar el último día del mes en que ésta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los periodos por los que se termina la inscripción, en caso de no reportar la novedad se mantendrá la inscripción en la EPS y se causará deuda e intereses moratorios por el no pago de las cotizaciones en los términos previstos por el Decreto 2353 de 2015. Cuando el afiliado regrese al país debe reportar la novedad mediante la inscripción en la misma EPS en la que se encontraba inscrito y reanudar el pago de sus aportes.
- Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o legalmente establecido, ya que estas prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo, por lo cual no se puede estar afiliado simultáneamente en ambos regímenes. Los miembros del núcleo familiar de las personas cotizantes que pertenecen a alguno de los regímenes exceptuados o especiales deberán pertenecer al respectivo régimen exceptuado o especial, salvo que las disposiciones legales que los regulan dispongan lo contrario.
- En caso que la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero (a) permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esta obligado a cotizar al SGSSS deberá efectuar la respectiva cotización al FOSYGA. Cuando las disposiciones legales que regulan el régimen exceptuado o especial no prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañero (a) permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, deberá afiliarse en el SGSSS y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepción o especial no prevé la afiliación del grupo familiar, el obligado a cotizar al SGSSS y sus beneficiarios se afiliarán a este último.
- Cuando por disposición de las autoridades competentes se determine que personas inscritas en una EPS del régimen subsidiado reúnen las condiciones para tener la calidad de cotizantes o para pertenecer al régimen contributivo.

6 - MORIR DIGNAMENTE

Toda persona mayor de edad que se encuentre en condiciones previstas en la Sentencia T-970 de 2014, de acuerdo a Resolución 1216 de 2015, tendrá la posibilidad de solicitar el procedimiento a morir dignamente ante un médico tratante que valore la condición de enfermedad terminal. En caso de que la persona no se encuentre en capacidad legal o en condiciones que le impidan manifestar su voluntad, la solicitud podrá ser formulada por quien este legitimado para dar el consentimiento sustituto.

Procedimiento:

1. Una vez establecida la condición de enfermo terminal, el médico tratante convocará al Comité.
2. Dentro de los 10 días siguientes, el Comité deberá verificar los procedimientos establecidos en la Sentencia T-970 para adelantar el procedimiento, y si se cumple, preguntará al paciente el reitere de su decisión.
3. El Comité autorizará el procedimiento y será programado en la fecha que el paciente indique o en su defecto a los 15 días siguientes del reitere de la decisión y a su vez, enviará un documento al Ministerio de Salud y Protección Social reportando todos los hechos y condiciones del procedimiento.

Nota:

El procedimiento es gratuito y por tal no será facturad y se dejará constancia en la historia clínica del paciente y será remitida al Comité. El comité a su vez deberá enviar un documento al Ministerio de Salud y Protección Social reportando todos los hechos y condiciones que rodearon el procedimiento a fin de que el mismo realice un control exhaustivo sobre el asunto.

Mediante la Resolución 825 de 2018, reglamenta el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes, dando cumplimiento a la Sentencia T-544 de 2017 proferida por la Corte Constitucional.

Se describe claramente el entendimiento de concepto de evolución de la muerte, según la edad:

- De 0-3 años. La muerte no es un concepto real ni formal. No existe idea de muerte propia.
- De 3-6 años. El niño o la niña desarrolla su pensamiento pre lógico, intuitivo, aparece la idea de muerte como fenómeno temporal, la muerte es reversible o transitoria. No se consolida idea de muerte propia.
- De 6-12 años. El niño o niña desarrolla un pensamiento lógico, operacional, que le permite adquirir elementos que hacen parte del concepto de la muerte, como la inmovilidad, universalidad e irrevocabilidad. Resultado de esto el concepto de muerte se elabora con gradual consciencia de irreversibilidad y de final. La muerte

propia o de un ser querido, es difícil de comprender.

- A partir de los 12 años. Se encuentra el concepto de muerte vinculado a la capacidad de abstracción desde el cual se logra el entendimiento de que todo el mundo, incluso uno mismo, va a morir, tarde o temprano. El concepto de muerte se consolida como irreversible, universal e inexorable.

Se excluye la posibilidad de presentar una solicitud para el procedimiento eutanásico en las siguientes personas: recién nacidos y neonatos, primera infancia, grupo poblacional de los 6-12 años (con algunas excepciones), niños que presenten estados alterados de la conciencia, niños con discapacidades intelectuales, niños con trastornos psiquiátricos diagnosticados.

La solicitud para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad, se enmarca en todo adolescente que tenga una enfermedad o condición terminal y que presente sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado.

Procedimiento: Sin perjuicio de que se cumplan todos los requisitos establecidos en los artículos 8 y 9 de la resolución 825 del 2018 (Todo adolescente que tenga una enfermedad o condición en fase terminal y que presente sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado , podrá solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico como parte de su derecho a morir con dignidad) y (Un niño o niña en el rango de edad de los 6 a los 12 años que tenga una enfermedad ser aliviado , podrá solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico como parte de su derecho a morir con dignidad) . Una vez realizada las valoraciones pertinentes el médico y equipo tratante podrán excepcionalmente elevar la petición ante el comité.

Glosario

A. Derecho fundamental a morir con dignidad: facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte. Este derecho no se limita solamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo.

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

C. Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET): ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta.

La AET supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos.

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

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

F. Enfermedad terminal: enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento psicopsíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.

G. Agonía: situación que precede a la muerte cuando se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico, debilidad extrema, pérdida de capacidad cognoscitiva, conciencia, capacidad de ingesta de alimentos y pronóstico de vida de horas o de días.

Derechos del paciente en lo concerniente a morir dignamente

- Además de los derechos mencionados en el numeral 4.2, todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen y condición social o económica, en lo concerniente a morir dignamente, tiene derecho a:
- Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.
- Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase Clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor

y otros síntomas, que puedan generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.

- Recibir toda la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y oportuno con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal.
- Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y cómo éstas no son excluyentes. El médico tratante, o de ser necesario el equipo médico interdisciplinario, debe brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que se tomen las decisiones de acuerdo con la voluntad del paciente y su mejor interés y no sobre el interés individual de terceros o del equipo médico.
- Estar enterado de su diagnóstico o condición y de los resultados de estar en el proceso de muerte, así como de su pronóstico de vida. El paciente podrá negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse.
- Recibir información clara, detallada, franca, completa y comprensible respecto a su tratamiento y las alternativas terapéuticas, así como sobre su plan de cuidados y objetivos terapéuticos de las intervenciones paliativas al final de la vida. También le será informado acerca de su derecho a negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse la misma.
- Solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a que se apliquen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que sean fútiles o desproporcionados en su condición y que puedan resultar en obstinación terapéutica.
- Solicitar que sean readecuados los esfuerzos terapéuticos al final de la vida en consonancia con su derecho a morir con dignidad permitiendo una muerte oportuna.
- Ser respetado en su derecho al libre desarrollo de la personalidad cuando, tras recibir información, decide de forma libre rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y/o tratamientos.
- Ser respetado en su voluntad de solicitar el procedimiento eutanásico como forma de muerte digna.
- A que le sea garantizado el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, una vez ha expresado de forma libre, inequívoca e informada esta voluntad y a ser evaluado para confirmar que esta decisión no es resultado de la falta de acceso al adecuado alivio sintomático.
- Que se mantenga la intimidad y la confidencialidad de su nombre y el de su familia limitando la publicación de todo tipo de información que fuera del dominio público y que pudiera identificarlos, sin perjuicio de las excepciones legales.
- Que se garantice la celeridad y oportunidad en el trámite para acceder al Procedimiento de eutanasia, sin que se impongan barreras administrativas y burocráticas que alejen al paciente del goce efectivo del derecho, y sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, busca evitar.
- Recibir por parte de los profesionales de la salud, los representantes y miembros de las EPS e IPS una atención imparcial y neutral frente a la aplicación de los procedimientos y procesos asistenciales orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través del procedimiento eutanásico.
- Ser informado sobre la existencia de objeción de conciencia del médico tratante o quien haya sido designado para la realización del procedimiento eutanásico, en caso de que existiera, para evitar que los profesionales de la salud sobrepongan sus posiciones personales ya sean de contenido ético, moral o religioso y que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.
- A que la IPS donde está recibiendo la atención, con apoyo de la EPS en caso de ser necesario, garantice el acceso inmediato a la eutanasia cuando el médico designado para el procedimiento sea objetor de conciencia.
- Recibir la ayuda o el apoyo psicológico, Médico y social para el paciente y su familia, que permita un proceso de duelo apropiado. La atención y acompañamiento no debe ser esporádica, sino que tendrá que ser constante, antes, durante y después de las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.
- Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada, según lo establecido en la Resolución 2665 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya donde exprese sus preferencias al final de la vida y dé indicaciones concretas sobre su cuidado, el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales o de la posibilidad de revocarlo, sustituirlo o modificarlo.
- Que en caso de inconciencia o incapacidad para decidir al final de la vida y de no contar con un documento de voluntad anticipada, su representante legal consienta, disienta o rechace medidas, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que resulten desproporcionados o que vayan en contra del mejor interés del paciente.
- Ser respetado por los profesionales de la salud y demás instancias que participen en la atención respecto de la voluntad anticipada que haya suscrito como un ejercicio de su autonomía y a que estas instancias sean tenidas en cuenta para la toma de decisiones sobre la atención y cuidados de la persona; lo anterior, sin desconocer la buena práctica médica.
- Expresar sus preferencias sobre el sitio de donde desea fallecer y a que sea respetada su voluntad sobre los ritos espirituales que haya solicitado.
- Recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a

ser respetado en sus creencias, cualquiera que estas sean, al igual que negarse a recibir asistencia espiritual y a ser respetado en su decisión.

Deberes del paciente en lo concerniente a morir dignamente

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

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

7 - TENGA EN CUENTA

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

8 - VALORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuotas moderadoras: Las cuotas moderadoras son aportes adicionales en dinero que hace el afiliado cuando accede a los servicios de salud y tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

Deben ser canceladas por los afiliados cotizantes y beneficiarios.

El cobro de cuotas moderadoras se aplicará a los siguientes servicios:

- Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
- Consulta externa por médico especialista.
- Exámenes de diagnóstico ambulatorios de laboratorio clínico y de imagenología que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.
- Formulación de medicamentos ambulatorios.
- Atención en el servicio de urgencias 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.

El primer servicio de los anteriores que requiera un afiliado en el año calendario, está exento de cobro de cuota moderadora a excepción de la consulta externa médica (Acuerdo 260/2004 Art. 13)

Para los usuarios que están inscritos en los programas de Promoción y Prevención y que sigan un plan rutinario de control, no habrá lugar a pago de cuota moderadora.

Monto de cuotas moderadoras:

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

CUOTAS MODERADORAS AÑO 2024 – Plan de Beneficios en el Régimen Contributivo*

Servicio	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3
Consulta medicina general	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Consulta de pediatría	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Consulta medicina especializada	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Psicología primera vez y control	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Laboratorio clínico	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Imagenología diagnóstica simple	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Medicamentos ambulatorios	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Odontología	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Consulta por optometría	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700

CUOTAS MODERADORAS AÑO 2024 – Plan Complementario Especial (PCE)

Servicio	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3
Consulta medicina general	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Consulta de pediatría	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Consulta medicina especializada	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Psicología primera vez y control	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Laboratorio clínico	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Imagenología diagnóstica simple	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Medicamentos ambulatorios	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Odontología	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Consulta por optometría	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400

CUOTAS MODERADORAS AÑO 2024 – Plan de Beneficios en el Régimen Subsidiado*

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

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

Copagos

Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se realizan cada vez que se demanda alguno de los servicios a los que de acuerdo a la norma se aplica el cobro de copago hasta el momento en que los valores cancelados lleguen al tope máximo de copagos por año calendario.

Deben ser canceladas por los beneficiarios del cotizante para todos los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, con excepción de:

- Servicios de promoción y prevención.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- La atención inicial de urgencias.
- Servicios por los que se paga cuota moderadora

Nota:

Se tiene en cuenta la Circular 00016 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos establecidas por leyes especiales

Monto de copagos por afiliado beneficiario:

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

TOPE POR EVENTO DE COPAGOS AÑO 2024 – Régimen Contributivo

	POR EVENTO*	POR EVENTO*	ANUAL	ANUAL
RANGO SALARIAL EN SMLMV	TOPE MÁXIMO EN %	TOPE MÁXIMO EN PESOS	TOPE MÁXIMO EN %	TOPE MÁXIMO EN PESOS
NIVEL I	28,70%	\$ 337.999	57,50%	\$ 667.175
NIVEL II	115%	\$ 1.354.351	230%	\$ 2.708.700
NIVEL III	230%	\$ 2.708.700	460%	\$ 5.417.400

*El valor aplica de acuerdo con la tarifa pactada por la EPS y la IPS

TOPE ANUAL DE COPAGOS AÑO 2024 – Régimen Subsidiado

	POR EVENTO*	POR EVENTO*	ANUAL	ANUAL
RANGO SALARIAL EN SMLMV	TOPE MÁXIMO EN %	TOPE MÁXIMO EN PESOS	TOPE MÁXIMO EN %	TOPE MÁXIMO EN PESOS
NIVEL 0	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
NIVEL 1	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
NIVEL 2	50%	\$ 588.848	460%	\$ 1.177.695

*El valor aplica de acuerdo con la tarifa pactada por la EPS y la IPS

La atención con cualquier servicio, actividad, procedimiento e intervención incluida en el POS-S será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos para las siguientes poblaciones:

- Niños durante el primer año de vida
- Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (cualquier edad)
- Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados 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
 - Personas de la tercera edad en protección de ancianos en instituciones de asistencia social
 - Población rural migratoria
 - Población ROM
- 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.

9 - UNIDADES DE ATENCIÓN BÁSICA.

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

Teléfono Citas Servicio al Cliente: **602 485 3530**

Unidad Integral de Servicios	Dirección	Teléfono Citas Médicas	Teléfono Citas Servicio al Cliente
Servimed Quiron - Cis Vida	Calle 5 N° 38A - 35 Torre 2 Piso 4 Ed. Vida	(602) 4853530	(602) 4853530
Sersalud - Norte	Avenida 3N N° 45 - 89	(602) 4853530	(602) 4853530
IDIME Cámbulos	Carrera 42 # 7 - 69 Barrio Cámbulos	(602)4853530	(602)4853530
Servimed Quiron - Rio Cauca	Calle 75 B #20-170 local 10 y 11	(602) 4853530	(602) 4853530
Serinsa - Nororient	Carrera 8 N° 52 - 164	(602) 4853530	(602) 4853530
Sersalud - Yumbo	Carrera 6 # 6 -59	(602) 4853530	(602) 4853530
Servimed Quiron - Jamundí	Carrera 11 # 06- 26	(602) 4853530	(602) 4853530
Gesencro - Palmira	Carrera 30 # 27 -20	(602)2660270	(602) 4853530
MANANTIAL DE VIDA - Buenaventura	Cra 3B No. 8-47 Barrio Las Mercedes. Servicio Ambulatorio	3330333769	(602) 4853530
Clínica Nueva de Cali - EMCALI	Calle 5 6 – 63 Torre A piso 2	3690190	(602) 4853530

Las especialidades y subespecialidades de médicos adscritos e instituciones prestadoras de servicios de salud; requieren remisión por parte del médico general y pediatría.

En la dirección que se cita a continuación se encuentra el listado médicos adscritos e instituciones prestadoras de servicios de salud del Plan de Beneficios en Salud: <https://epsdelagente.com.co/personas/directorio-medico-eps-delagente/>

10 - RED DE URGENCIAS

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

Red Adscrita Servicios Urgencias

Departamento/ Municipio	IPS	Dirección	Nivel de Complejidad
Valle del Cauca / Cali	Clínica Comfenalco	Cil. 6 No. 6 - 62 Torre B 1er piso	Media
Valle del Cauca / Buenaventura	Clínica Santa Sofia	Cra 47 No. 4-02 Barrio Bellavista Tel: 2421880 ext 3166-67	Media
Valle del Cauca / Jamundí	Hospital Piloto Jamundí	Av. Circunvalar No. 9 - 13	Media-Baja
Valle del Cauca / Palmira	Clínica Palmira	Cra. 31 No. 31 - 62	Alta-Media-Baja
Valle del Cauca / Yumbo	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo	Cra. 6 con Calle 10 Esquina	Media-Baja

Red Atención Portabilidad Servicios Urgencias

Departamento/ Municipio	IPS	Dirección	Nivel de Complejidad
Valle del Cauca / Alcalá	Hospital San Vicente De Paul E.S.E. - Alcalá	Cra. 1A No. 6 - 170	Baja
Valle del Cauca / Andalucía	Hospital Dptal. San Vicente De Ferrer	Cra. 4 No. 13 - 31	Media-Baja
Valle del Cauca / Ansermanuevo	Hospital Santa Ana De Los Caballeros	Cra. 8 No. 8 - 57	Media-Baja
Valle del Cauca / Argelia	Hospital Pio XII E.S.E.	Cra. 4 No. 1 - 65	Baja
Valle del Cauca / Bolívar	Hospital Santa Ana	Cil. 8 No. 5 - 09	Baja
Valle del Cauca / Bugalagrande	Hospital San Bernabé E.S.E.	Cil. 6 Con Carrera 7 Esquina	Baja
Valle del Cauca / Caicedonia	Hospital Santander	Cra. 9 No. 6 - 36	Media-Baja
Valle del Cauca / Cartago	IPS Del Municipio De Cartago E.S.E.	Cra. 3 Bis No. 1 - 40	Baja
Valle del Cauca / Dagua	Hospital Local Jose Rufino Vivas	Cil. 10 No. 21 - 48	Media-Baja
Valle del Cauca / Darién	Hospital San Jorge De Calima Darién E.S.E.	Cil. 11 No. 3 - 04	Baja
Valle del Cauca / El Aguila	Hospital San Rafael E.S.E.	Cra. 3 No. 13 - 21	Baja
Valle del Cauca / El Cairo	Hospital Santa Catalina	Cil. 4 Cra. 4 Esquina	Baja
Valle del Cauca / El Cerrito	Hospital San Rafael	Cra. 13 No. 11 - 50	Media-Baja
Valle del Cauca / El Dovio	Hospital Santa Lucia Ese De El Dovio Valle	Cra. 6 No. 7 - 65	Media-Baja
Valle del Cauca / Florida	IPS Clínica Salud Florida	Cra. 19 No. 10 - 32	Baja
Valle del Cauca / Ginebra	Hospital Del Rosario	Cra. 5 No. 4 - 30	Baja

Departamento/ Municipio	IPS	Dirección	Nivel de Complejidad
Valle del Cauca / Guacarí	Hospital San Roque	Cil. 5 No. 9 - 54	Baja
Valle del Cauca / Guadalajara De Buga	Fundación Hospital San Jose De Buga	Cra. 8 No. 17 - 52	Alta-Media-Baja
Valle del Cauca / La Cumbre	Hospital Santa Margarita	Cra. 7A No. 5 - 24	Baja
Valle del Cauca / La Unión	Hospital Gonzalo Contreras	Cra. 15 No. 19B - 135	Media-Baja
Valle del Cauca / La Victoria	Hospital Nuestra Señora De Los Santos	Cra. 9 No. 10 - 41	Baja
Valle del Cauca / Obando	Hospital Local Obando	Cil. 6 No. 2 - 90	Baja
Valle del Cauca / Pradera	Hospital San Roque E.S.E.	Cil. 10 No. 10 - 30	Baja
Valle del Cauca / Restrepo	Hospital San Jose	Cil. 9 No. 15 - 10	Media-Baja
Valle del Cauca / Río Frio	Hospital Kennedy	Cil. 7 No. 10 - 65	Baja
Valle del Cauca / Roldanillo	Hospital Departamental San Antonio E.S.E.	Av. Santander Salida a Bolívar	Media-Baja
Valle del Cauca / San Pedro	Hospital Ulpiano Tascón Quintero E.S.E.	Cil. 3 Cra. 4 Esquina	Baja
Valle del Cauca / Sevilla	Hospital Departamental Centenario	Cil. 56 Cra. 43	Media-Baja
Valle del Cauca / Toro	Hospital Sagrada Familia	Cra. 11 No. 6 - 34	Media-Baja
Valle del Cauca / Trujillo	Hospital Santa Cruz E.S.E.	Cil. 21 No. 22 - 06	Baja
Valle del Cauca / Tuluá	Hospital Tomás Uribe Uribe	Cil. 26 No. 34 - 60	Alta-Media-Baja
Valle del Cauca / Versalles	Hospital San Nicolás	Cil. 9 No. 1 - 22	Media-Baja
Valle del Cauca / Vijes	Hospital Local De Vijes	Cra. 4 No. 6 - 85	Baja
Valle del Cauca / Yotoco	Hospital Local De Yotoco E.S.E.	Cil. 5 No. 4 - 25	Media-Baja
Valle del Cauca / Zarzal	Hospital San Rafael	Cil. 6 No. 6 - 32	Media-Baja

En la dirección que se cita a continuación se encuentra el listado total de médicos adscritos e instituciones prestadoras de servicios de salud del Plan de Beneficios en Salud: <https://epsdelagente.com.co/personas/directorio-medico-eps-delagente/>

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

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

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

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

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

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

11 - ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD ES MUY FÁCIL:

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

Mecanismo de acceso a servicios de hospitalización y/o cirugía derivados de urgencias: la remisión para el acceso a los servicios de cirugía debe presentarse directamente en los puntos de atención definidos en cada unidad.

Mecanismo de acceso a servicios de salud electivos (Cirugía programada): la institución prestadores de salud realiza directamente la autorización a través de la Central de Acompañamiento al prestador CAP Valle.

Mecanismo de acceso a los servicios de salud electivos (cirugía programada): la orden para cirugía programada debe radicarse directamente en la sede de atención asignada. Existen procesos de autorización entre la EPS y la IPS como atención domiciliaria, servicios de oncología, quimioterapia, radioterapia, trasplantes, medicamentos especializados.

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

Modificado por la resolución 1885 de 2018, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cambia el mecanismo para reportar la prescripción de los servicios no cubiertos en el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC). Esto Significa que en caso de requerir un servicio fuera del PBS ya no se debe elevar la consulta a los Comités Técnico Científicos (CTC) que desaparecen, sino que el profesional de salud responsable de su tratamiento, cuando considere pertinente el uso de esos servicios NO PBS debe realizar la prescripción a través de un sistema integral de información llamado MIPRES, que permite diligenciar en línea la solicitud que hará las veces de formula médica. Ya con ella, le podrán suministrar esos servicios que usted necesita, siempre y cuando dicha prescripción cumpla con los criterios administrativos definidos por la citada norma.

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

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

Si usted tiene un CTC aprobado, previo a la entrada en vigencia de esta resolución (1 de Marzo de 2017), la EPS le continuará entregando el medicamento o el NO PBS como lo ha recibido hasta el momento, a través de la red de prestadores contratados para dicho fin.

12 - TRANSPORTE Y ESTADÍA:

Los afiliados a EPS Comfenalco Valle tendrán derecho al servicio de transporte en los casos de urgencia debidamente certificada o en los casos en que los pacientes se encuentren internados en una institución prestadora de servicios de salud y requiera atención complementaria.

La IPS en la cual se esté prestando el servicio de salud podrá suministrar el servicio de traslado si cuenta con el mismo, en su defecto puede comunicarse con la Central de Acompañamiento al Prestador para coordinar el servicio.

PARA ACCEDER AL SERVICIO DE SALUD:

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

13 - CONTACTENOS:

- Canal virtual: www.epsdelagente.com.co (24 horas)
- Canal telefónico: (602)485 3530 - 018000 185 462 (24 horas)
- Canal presencial: Oficina de Atención al Usuario

Valle: Carrera 8 # 7 – 10 en la ciudad de Cali, horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Risaralda: Avenida 30 de Agosto # 42-65 en la ciudad de Pereira de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. y 1:00 p.m. a 4:00 p.m.

Así mismo, EPS Comfenalco Valle cuenta con Centros Integrales de Servicios, en los cuales se brinda información y orientación al usuario de manera personalizada.

Unidad Integral de Servicios	Dirección	Teléfono Citas Médicas	Teléfono Citas Servicio al Cliente
Servimedic Quiron - Cis Vida	Calle 5 N° 38A - 35 Torre 2 Piso 4 Ed. Vida	(602) 4853530	(602) 4853530
Sersalud - Norte	Avenida 3N N° 45 - 89	(602) 4853530	(602) 4853530
IDIME Cámbulos	Carrera 42 # 7 - 69 Barrio Cámbulos	(602)4853530	(602)4853530
Servimedic Quiron - Río Cauca	Calle 75A # 20 - 81 Centro Comercial Río Cauca	(602) 4853530	(602) 4853530
Serinsa Nororiental	Carrera 8 N° 52 - 164	(602) 4853530	(602) 4853530
Sersalud - Yumbo	Calle 6 # 6 - 59	(602) 4853530	(602) 4853530
Servimedic Quiron - Jamundí	Carrera 11 # 6 - 26 Nueva Sede	(602) 4853530	(602) 4853530
Gesencro - Palmira	Calle 37A # 27 - 53, Barrio Santa Rita	(602) 4853530	(602) 4853530
MANANTIAL DE VIDA - Buenaventura	Cra 3b No. 8-47 Barrio Las Mercedes. Servicio Ambulatorio	(602) 4853530	(602) 4853530
CLÍNICA SANTA SOFIA - Buenaventura	Carrera 47 No 4 - 02 B/ Bellavista	(602) 4853530	(602) 4853530
Clinica Nueva de Cali - EMCALI	Calle 5 # 6 - 63 Torre A piso 2	(602) 4853530	(602) 4853530

14 - LIBRE ELECCIÓN:

EPS Comfenalco Valle garantiza a sus afiliados la libertad de elección de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales, entre las opciones que como Entidad Promotora de Salud ofrece, dentro de su red de servicios.

Así mismo, garantiza la libre escogencia y traslado de EPS de salud de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y demás condiciones previstas en la ley.

Frente a la libertad de escogencia de IPS: Los afiliados podrán elegir la IPS o profesional de la salud del listado publicado en la presente carta; teniendo en cuenta las novedades y actualizaciones realizadas en el sitio web de EPS Comfenalco Valle: www.comfenalcovalle.com.co. Y los mecanismos de referencia y contra referencia definidos para el acceso a cada uno de los servicios por niveles de complejidad.

Frente a la libertad de escogencia y traslado de EPS:

- La solicitud de traslado por parte de cotizante o cabeza de familia se podrá efectuar en cualquier día del mes.
- Cumplir un periodo mínimo de 360 días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo se contará el tiempo previsto a partir del momento de la inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario. Cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia haya registrado diferentes calidades como cotizante, beneficiario, afiliado adicional o afiliado al régimen subsidiado, se sumarán todos los días de inscripción en la misma EPS. El periodo mínimo se contabilizara desde la fecha de inscripción inicial, teniendo en cuenta todos los días de inscripción en la misma EPS del afiliado cotizante o cabeza de familia, descontando los días de suspensión de la afiliación o de terminación de la inscripción, en caso que el afiliado se inscriba nuevamente en la EPS por efecto de la terminación de la inscripción o cuando se levanta la suspensión por mora en el pago de los aportes, el nuevo término se acumulará al anterior.
- No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una IPS.
- Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al SGSSS.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
- Cuando se trate de traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS de otro régimen.

Si el afiliado del régimen subsidiado adquiere la condición de cotizante con posterioridad a los 5 primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término, hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad.

En caso que este afiliado adquiere un vínculo laboral con una duración inferior a 12 meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad.

Las condiciones de permanencia para el traslado, no

será exigida cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

- Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS.
- Disolución o liquidación de la EPS.
- Cuando la EPS, se retire voluntariamente de uno o mas municipios o cuando la EPS disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta.
- Por casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de sus red prestadora debidamente comprobados.
- Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañeros (as) permanente (s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero (a) permanente.
- Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.
- Por cambio de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra afiliado no tiene cobertura geográfica.
- Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad administradora de pensiones.
- Cuando el afiliado ha sido inscrito por la entidad territorial en el régimen subsidiado según el Art. 40 del Decreto 2353 de 2015.

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

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

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

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

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

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

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

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

Los usuarios de EPS Comfenalco Valle han creado la Asociación de Usuarios cuya razón social es "ASUCOM EPS", organismo cívico sin ánimo de lucro registrado y reconocido por las entidades competentes, integrada voluntariamente por personas naturales afiliadas a EPS Comfenalco Valle que se denominan usuarios.

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

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

de la EPS, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

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

16 - ¿NECESITA DECIRNOS ALGO?

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

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

Estos mecanismos de protección, los puede radicar telefónicamente, al 4853530 o a la línea de atención nacional 018000 185462, virtualmente a través de la página web www.epsdelagente.com.co sección Contáctenos, o presencialmente, en los buzones de Opiniones y Sugerencias ubicados en las diferentes Unidades de Servicios de Salud que se relacionan en el punto de "CONTÁCTENOS" de esta Carta de deberes.

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

17 - ¿QUIEN NOS VIGILA?

En la actualidad existe el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, los cuales están en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

EPS Comfenalco Valle es vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, oficina de atención al ciudadano está ubicada en la Calle 24 NORTE # 5C - 47, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD PBX: (1) 4817000 Extensión 50100 - 50101 - www.supersalud.gov.co. Como afiliado al S.G.S.S.S. puede acudir a la Superintendencia Nacional de Salud cuando se presenten conflictos con la EPS relacionados con la cobertura del plan de beneficios, las prestaciones excluidas, el pago de prestaciones económicas, el reconocimiento económico de gastos por parte del afiliado, multifiliación, libre elección, y movilidad dentro del S.G.S.S.S. También puede comunicarse a través de la línea gratuita nacional 018000 513700.

Las IPS adscritas a la red de prestadores de servicios de salud en el Valle del Cauca de EPS Comfenalco Valle son vigiladas por la Secretaría de Salud ubicada en la carrera 6 calle 9 y 10, pisos 10 y 11, edificio Palacio de San Francisco, horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 m. y de 2:00 p.m. a 6:00 p.m., conmutador 6200000 y página web: www.valledelcauca.gov.co/salud/.

18 - TAMBIÉN PUEDE CONTACTARSE:

Como usuarios del sistema de salud tiene la posibilidad de acudir a la Defensoría del Pueblo, ubicada en la Calle 23A No. 2N - 75 Cali, teléfono: 661 5333 - 660 8856, correo electrónico: valle@defensoria.org.co para el Valle del Cauca, quien es el organismo con mandato constitucional que vela por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos; o a la Veeduría Departamental en Salud del Valle del Cauca. Los afiliados a EPS Comfenalco Valle pueden acudir a la asociación de usuarios, audiencias públicas y consultas ciudadanas, conozca los datos de contacto en esta carta.

19 - CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS

1. Indicadores de calidad de la entidad promotora de Comfenalco Valle

A continuación presentamos el resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para la entidad promotora de salud EPS Comfenalco Valle en forma comparativa con la media nacional.

Fuente: <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD COMFENALCO VALLE			
Indicadores de Calidad EPS	Comfenalco Valle EPS	Media Nacional	Explicación del Indicador
Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años	56% - Año 2017	37,30 - Año 2017	Se evidencia que en promedio en el País, la identificación y captación de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial es del 37,3%. Mientras que en nuestra EPS se ha logrado identificar y captar el 56% de los usuarios susceptibles de padecer Hipertensión Arterial, lo que quiere decir que la identificación de la enfermedad es oportuna, logrando ofrecer un adecuado manejo multidisciplinario evitando así complicaciones posteriores como Enfermedad Renal Crónica, Accidente Cerebrovasculares, Insuficiencia Cardíaca, entre otras.
Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	62.83 días calendario Año 2017	69.37 días calendario Año 2017	El proceso de detección temprana en cáncer contempla la tarea de garantizar de parte del asegurador que desde que se sospeche un cáncer de mama hasta que se haga un diagnóstico pase un tiempo adecuado y que garantice una atención oportuna. Este indicador mide el tiempo que pasa desde que se sospecha cáncer de mama hasta que se confirma el diagnóstico (A través de una biopsia de mama). La EPS se encontraba para el año 2017 con una oportunidad de 62.83 días calendario, comparada con la media nacional de 69.37 días calendario se evidencia un comportamiento similar al país. Actualmente la EAPB se evidencia en una mejora notable en la oportunidad de confirmación diagnóstica ofertada a nuestros afiliados.
Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general.	6,2 - Año 2020	3,88 - Año 2020	El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general es el tiempo transcurrido desde la solicitud del usuario a la fecha de asignación de la cita. En promedio Comfenalco Valle EPS asigna las citas de medicina general en 6,2 días (indicador acumulado para 2020), encontrándose así 3,2 días por encima de la meta establecida (3 días). Desde Comfenalco Valle EPS continuamos generando estrategias en conjunto con los prestadores para el mejoramiento continuo de la oportunidad de asignación y la calidad del servicio.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ranking-satisfaccion-eps-2018.pdf>

Indicadores de calidad de la EPS	Unidad de Medida	Nacional Ministerio IV Trimestre 2017	Comfenalco Valle EPS IV Trimestre 2020
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la EPS	Porcentaje	59%	75%

A. Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años: se evidencia que en promedio en el País, la identificación y captación de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial es del 37,3%. Mientras que en nuestra EPS se ha logrado identificar y captar el 56% de los usuarios susceptibles de padecer Hipertensión Arterial, lo que quiere decir que la identificación de la enfermedad es oportuna, logrando ofrecer un adecuado manejo multidisciplinario evitando así complicaciones posteriores como Enfermedad Renal Crónica, Accidente Cerebrovasculares, Insuficiencia Cardíaca, entre otras.

B. Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes: Se evidencia el cumplimiento por encima de la meta y la media nacional en el porcentaje de estadios tempranos detectados en la EPS, gracias a la organización de una ruta de tamizaje de mama que permite identificar las mujeres pendientes de realización de su mamografía bianual. Y ante resultados sospechosos se ha priorizado una programación inmediata de la toma de biopsia. Asimismo contamos con un seguimiento a cada caso y la comunicación entre los prestadores y la EPS permite dar respuesta a las necesidades de las usuarias.

C. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general: 3 días. Resultado red de IPS: 6.2 días. Media Nacional: 3.88 días. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignaron una cita de medicina general en 3.88 días, mientras que nuestra red la asigna en 6.2 días.

Nota:

Se anexan en el siguiente cuadro los indicadores de oportunidad medidos dentro de la experiencia de la atención. Para la visualización de todo el compendio de indicadores se puede ingresar a la ruta <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>

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

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

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD COMFENALCO VALLE				
Indicadores de calidad de las IPS, que hacen parte de la red de la EPS	Unidad de Medida	Meta (Res 256)	Comfenalco Valle EPS IV Trimestre 2020	Nacional IV Trimestre 2020
Proporción de cancelación de cirugías	Porcentaje	3,62%	1,20%	1,49%
Medicina General	Días	3	6,20	3,88
Odontología General	Días	3	2,16	4,12
Medicina Interna	Días	30	15,30	9,67
Pediatría	Días	5	6,20	8,76
Ginecología	Días	15	12,40	8,54
TRIAGE II	Minutos	30	20,80	20,94

Fuente: <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>

A. Proporción de cancelación de cirugías: meta esperada: 3.62%. Resultado red de IPS: 1.2 %. Media Nacional: 1.49%. Este indicador trata sobre las cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causas atribuibles a las IPS. Del total de cirugías programadas por nuestra red de prestadores se cancelan el 1.2 %, mientras que en promedio en el país se cancelan el 1.49 % de las cirugías.

B. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general: meta esperada: 3 días. Resultado red de IPS: 6.2 días. Media Nacional: 3.88 días. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignaron una cita de medicina general en 3.88 días, mientras que nuestra red la asigna en 6.2 días.

C. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de odontología general: meta esperada: 3 días. Resultado red de IPS 2.16 días. Media Nacional: 4.12 días. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignaron una cita de Odontología general en 4.12, mientras que nuestra red la asigna en 2.16 días.

D. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita medicina interna: meta esperada: 30 días. Resultado red de IPS 15.3 días. Media Nacional: 9.67 días. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignaron una cita de medicina interna en 9.67 días mientras que nuestra red la asigna en 15.3 días.

E. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría: meta esperada: 5 días. Resultado red de IPS 6.2 días. Media Nacional: 8.76 días. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignaron una cita de pediatría en 8.76 días mientras que nuestra red la asigna en 6.2 días.

F. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología: meta esperada: 15 días. Resultado red de IPS 12.4 días. Media Nacional: 8.54 días. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignaron una cita de ginecología en 8.54 días mientras que nuestra red la asigna a 12.4 días.

G. Tiempo promedio espera para la atención del paciente clasificado como Triage II meta esperada: 30 minutos. Resultado red de IPS 20.8 minutos. Media Nacional: 20.94 minutos. Esto significa que en promedio en todas las IPS del país un paciente que requiera atención médica urgente porque puede evolucionar a un mayor deterioro debe esperar 20.94 minutos para su atención y en nuestra red de IPS en promedio debe esperar 20.8 minutos.

3. Posición en el ordenamiento (Ranking) EPS:

Los resultados del Ranking de EPS se componen de tres dimensiones: Oportunidad, Satisfacción y Acceso, y se ubican de 1 a 13 según la posición obtenida en relación con las demás EPS. En el Ranking 2018, Comfenalco Valle EPS obtuvo la siguiente calificación:

Ranking Oportunidad	8
Ranking Satisfacción	10
Ranking Acceso	11
TOTAL RANKING	10

<https://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/paginas/default.aspx>

Ranking Régimen Contributivo

Código	Nombre	Ranking Total 2018	Dimensión Oportunidad	Dimensión Satisfacción	Dimensión Trámites
EPS000	EPS SUBAMERICANA S.A.	1	1	1	1
EPS001	ALIANZA DE EPS S.A.	2	▲(7)	2	2
EPS002	SANTAS S.A. EPS	3	▲(1)	3	3
EPS003	COMPENSA E.P.S.	4	▲(1)	4	4
EPS004	SALUD TOTAL S.A. EPS	5	▲(1)	5	▲(3)
EPS005	NOVA EPS	6	▲(1)	6	▲(2)
EPS006	COOMEVA EPS S.A.	7	▲(2)	7	▲(1)
EPS007	EPS SANAR LUIS	8	▲(1)	8	▲(2)
EPS008	SERV. OC. DE SALUD SER EPS	9	▲(1)	9	▲(7)
EPS012	COMFENALCO VALLE EPS	10	▲(1)	10	▲(1)
EPS013	SALUDVIDA EPS S.A.	11	▲(1)	11	▲(5)
EPS015	COE BILACOA EPS S.A.	12	13	▲(1)	12
EPS043	CAFEALCO EPS	13	12	▲(1)	13

Diferencias de posiciones en el ranking total son estadísticamente significativas. La comparabilidad de los resultados de la dimensión de oportunidad entre 2018 y 2017 son limitados debido a la inclusión de indicadores de disponibilidad de agenda. Dado que la dimensión de trámites es nueva no se comparan los resultados con el año anterior.

Fuente: <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>

4. Acreditación

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

En el Valle del Cauca:

- Dime Clínica Neurocardiovascular
- Laboratorio Angel Diagnostica
- Centro Médico Imbanaco: Acreditación internacional conferida por la Joint Comission International (JCI)
- ESE Red de Salud del Centro

Fuera del Valle del Cauca:

- Clínica Universitaria Bolivariana en Medellín
- Servicios Especiales de Salud en Manizales
- Hospital Civil de Ipiales

El 100% de la red contratada por Comfenalco Valle se encuentra habilitada y su información se encuentra publicada en el "Registro especial de prestadores de servicios de salud" del Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Comportamiento como pagador de servicios

Los resultados de los indicadores financieros, evidencian que la EPS DELAGENTE, durante las vigencias 2020-2021 presenta un incremento en la oportunidad de los pagos realizados; aumentando así la capacidad de atención a los usuarios, mejorando los servicios y creando alianzas estratégicas con los prestadores contratados.

Este indicador representa el porcentaje el 22,9% correspondiente a la cartera vencida sobre el valor total de las cuentas por pagar de la vigencia 2021.

Numerador/Denominado	Valores	Porcentaje
Cuentas por pagar vencidas año 2021	\$ 18.437.559	22,9%
Total de las cuentas por pagar año 2021	\$ 80.658.397	

La EPS delagente realizó pagos en el año 2021 correspondiente al 98,9% de las cuentas que debieran haber pagado en el año 2020, de acuerdo como lo muestra el siguiente indicador:

Numerador/Denominado	Valores	Porcentaje
Del total que debería pagar año 2020	\$ 33.611.945	98,9%
El % que se cancela- do 2021	\$ 33.239.409	

6. Sanciones

Durante el año de 2020, la EPS DELAGENTE presentó una sanción impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución 1982 de 2020 con ocasión a una investigación administrativa por la causal prevista en el numeral 130.7 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.

Adicionalmente, la EPS también fue notificada de una segunda sanción impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución Parl No. 000543 del 11 de febrero de 2020 con ocasión a una investigación administrativa por un presunto incumplimiento a lo dispuesto en los numerales 130.12 y 130.13 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.