

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA
AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ALIANSALUD EPS

Aliansalud
eps



Vigilado Supersalud

TABLA DE CONTENIDO

ALIANSALUD EPS	1
PRESENTACIÓN	6
Nuestra Visión	6
Nuestra Misión	6
CAPÍTULO 1.	7
INFORMACIÓN GENERAL	7
1.1. Siglas y abreviaturas	7
1.2. Glosario	8
1.3. Plan de beneficios y sus exclusiones y limitaciones	21
1.3.1. Condiciones de Acceso a los Servicios y Tecnologías de Salud	21
1.3.2. Cobertura de los Servicios y Tecnologías de Salud Financiados con Recursos de la UPC	22
1.3.2.1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	22
1.3.2.1.1. Programas de promoción y mantenimiento de la salud	25
1.3.2.2. Recuperación de la salud	30
1.3.2.3. Procedimientos	31
1.3.2.4. Medicamentos	32
1.3.2.5. Dispositivos médicos	37
1.3.2.6. Salud mental	38
1.3.2.7. Atención paliativa	39
1.3.3. Cobertura preferente y diferencial agrupada por ciclos vitales para personas menores de dieciocho (18) años de edad	39
1.3.3.1. Atención desde la etapa prenatal hasta los menores de seis (6) años de edad	39
1.3.3.2. Atención a personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad	42
1.3.3.3. Atención para personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad	45
1.3.4. Transporte o traslado de pacientes	47
1.3.5. Otras disposiciones de cobertura	48
1.3.6. Eventos y servicios de alto costo en el régimen Contributivo y Subsidiado	49
1.4. Condiciones para definir las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC Servicios y tecnologías no financiados con recursos públicos asignados a la salud	50
1.4.1. Servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios	51

1.5. PAGOS MODERADORES AÑO 2026	59
1.5.1. Principios para la aplicación de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras	59
1.5.2. Ingreso base para la aplicación de los pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras	60
1.5.3. Pagos Moderadores en el Régimen Contributivo	60
1.5.4. Pagos Moderadores en el Régimen Subsidiado	62
1.6 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	65
1.6.1 Conformación de la red	65
1.6.2. Niveles de complejidad de la red	65
1.6.3. Modificaciones de la red	65
1.7. Mecanismos de acceso a los servicios médicos	73
1.7.1. Mecanismos específicos de acceso a los servicios de salud	73
1.7.2. Condiciones para la verificación de derechos	81
1.7.3. Portabilidad Nacional en Salud	81
1.8. Lineamientos Presunción de Donación de Órganos	83
CAPÍTULO 2.	
DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE DE ALIANSALUD EPS	85
2.1. Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz	85
2.2. Protección a la dignidad humana	86
2.3. A la información	86
2.4. A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia	87
2.5. A la confidencialidad	88
2.6. A la asistencia religiosa	88
2.7. Consideraciones Especiales para las Personas Menores de 18 años de Edad	88
2.8. Derecho a la Atención Especial y Preferencial en Adultos Mayores	89
2.9. Derechos de las Personas en Condición de Discapacidad	90
2.10. Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	90
2.11. Garantía del derecho a la salud de las personas trans	92
2.12. Línea para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal	93
2.13. Derechos de los cotizantes	95
CAPÍTULO 3.	
DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE DE ALIANSALUD EPS	97
3.1. Deberes de las Personas	97
3.2. Deberes de la persona Afiliada y del Paciente	97
3.3. Deberes de los cotizantes	99

CAPÍTULO 4.	
INSTITUCIONES Y RECURSOS PARA	
EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS	102
4.1 Canales de Atención al Usuario	102
4.2. Sistema de Afiliación Transaccional -SAT	104
4.3. Libre Elección	106
4.3.1. Libre elección de EPS	106
4.3.2. Libre elección para la prestación de servicios ambulatorios	106
4.3.3. Libre elección para la prestación de servicios hospitalarios	106
4.3.4. Libre elección para la prestación de servicios de atención inicial de urgencias y de urgencias	107
4.3.5. Condiciones, procedimientos y términos para trasladarse de EPS	107
4.3.6. Movilidad entre regímenes contributivo y subsidiado	108
4.3.7. Afiliación al Régimen Subsidiado a través del mecanismo de contribución solidaria	110
4.3.8. Fechas para pagos de aportes y redondeos Planilla de Liquidación Electrónica- PILA	111
4.3.9. Suspensión de la afiliación por mora	112
4.4. Mecanismos de Participación Ciudadana en Salud	115
4.4.1. Asociación de usuarios ALIANSALUD EPS	115
4.4.2. Estrategia de Participación Ciudadana	116
4.4.3. Rendición de cuentas	121
4.4.4. ¿Qué es el control social?	121
4.4.5. Veedurías comunitarias en salud	121
4.4.6. Solución de Conflictos	121
4.5. Inspección, vigilancia y control	123
4.5.1. Otros mecanismos para exigir el cumplimiento de sus derechos	123
CAPÍTULO 5.	
DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE	124
5.1. Glosario	124
5.2 Cuidados paliativos	125
5.3 Voluntades anticipadas	125
5.4 Eutanasia	125
5.5. Derechos del paciente en lo concerniente a morir dignamente	127
5.6. Deberes del paciente en lo concerniente a morir dignamente	129

CAPÍTULO 6.	
PRESTACIONES ECONÓMICAS	130
6.1. Expedición de incapacidades y licencias	130
6.2. Negación de reconocimiento de incapacidades y licencias	132
6.3. Documentos soporte para reconocimiento de incapacidades y licencias	132
6.4. Reconocimiento de incapacidades y licencias	136
6.5. Días y porcentaje a reconocer por tipo de contingencia de la prestación económica	136
6.5.1. Enfermedad general y Accidente de tránsito	136
6.5.2. Accidente de trabajo y Enfermedad profesional (Laboral)	136
6.5.3. Licencia de maternidad	136
6.5.4. Licencia de maternidad para usuarias independientes y con IBC de 1 SMMLV	137
6.5.5. Licencia de Maternidad Pareja Homoparental	137
6.5.6. Descanso remunerado por aborto	137
6.6. Remisión a la Administradora de Fondo de Pensiones - AFP	137
6.6.1. Pago de Incapacidades superiores a 540 días	138
6.6.2. Causales en las que se constituye abuso del derecho	138
6.6.3. Procedimiento administrativo frente al abuso del derecho en incapacidades por enfermedad general de origen común	139
6.7. Medicina laboral	139

ALIANSALUD EPS

Febrero de 2026

PRESENTACIÓN

En **ALIANSALUD EPS** estamos comprometidos con su bienestar en salud y el de su familia, para aportar a su calidad de vida a través de un servicio oportuno en la prestación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (en adelante "Plan de Beneficios"), ajustado a los derechos y deberes que le corresponden al afiliado y al paciente.

En el presente documento se encuentra la información y orientación correspondiente a los servicios amparados en el Plan de Beneficios, servicios de demanda inducida, actividades y programas de promoción y mantenimiento de la salud; pagos moderadores, red de prestación de servicio y red de urgencias; mecanismos de acceso a servicios; prestaciones económicas; derechos y deberes de pacientes, cotizantes y beneficiarios; e información referente a instituciones y recursos para el cumplimiento de los derechos de los afiliados.

Consulte también la información relacionada con los canales de atención disponibles y recurra a ellos para aclarar sus inquietudes y necesidades particulares.

La **CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE** en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la **CARTA DE DESEMPEÑO** de las Entidades Promotoras de Salud EPS se encuentra disponible en la página www.aliansalud.com.co, para su fácil acceso durante las 24 horas del día, los 365 días al año.

Nuestra Visión

Ser reconocida como una Entidad Promotora de Salud sostenible, eficiente y confiable por la excelencia y calidad de sus procesos. Con un talento humano que mediante su óptimo desempeño garantice la mejor atención a sus usuarios.

Nuestra Misión

Ayudar a las personas a llevar vidas más saludables y colaborar para que el sistema de salud funcione mejor para todos.

Somos una compañía de aseguramiento y administración de riesgos en salud, para la protección de la comunidad afiliada, que garantiza la cabal aplicación de la normatividad definida para el funcionamiento de **ALIANSALUD EPS** como entidad promotora de salud.

Nuestra razón de ser es entregar las prestaciones contempladas en el Plan de Beneficios, de forma eficiente y eficaz, integrando a nuestros prestadores, a partir de la construcción de relaciones efectivas que aseguren la adecuada atención de nuestros afiliados.

Esta EPS, con un equipo humano altamente calificado y motivado, se focaliza en aumentar permanentemente su valor, a través de la excelencia en el desempeño, diferenciándose por su calidad y servicio al cliente.

Recuerde lo importante que es tener sus datos actualizados para mantenerlo informado a usted y a su grupo familiar sobre las novedades que se presenten respecto a la prestación de los servicios y el cuidado integral de su salud.

En A un clic Aliansalud aprende a gestionar, sin desplazamientos, trámites administrativos como:

- Solicita, consulta e imprime autorizaciones médicas.
 - Actualiza tus datos.
 - Radica y consulta el pago de tus incapacidades médicas.
- Ingresá ya desde www.aliansalud.com.co

CAPÍTULO 1.

INFORMACIÓN GENERAL

1.1. Siglas y abreviaturas

ADRES:	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
AFP:	Administradora de Fondo de Pensiones.
APS:	Atención Primaria en Salud.
APME:	Alimento con propósitos médicos especiales.
ARL:	Administradora de Riesgos Laborales.
ATEP:	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.
BDUA:	Base única de Afiliados.
CDF:	Combinación de dosis fijas.
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CUPS:	Clasificación Única de Procedimientos en Salud.
DVA:	Documento de Voluntad Anticipada.
EOC:	Entidades Obligadas a Compensar.
EPS:	Entidad Promotora de Salud.
IBC:	Ingreso Base de Cotización.
ICBF:	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
IEC:	Estrategias de información, educación y comunicación.
INVIMA:	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
IPAT:	Informe Patronal de Accidente de Trabajo.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
LGBTIQ+:	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer y el más hace referencia a otras identidades.
MAITE:	Modelo de Atención Integral Territorial
MINSALUD:	Ministerio de Salud y Protección Social.
MIPRES:	El Ministerio de Salud y Protección Social presentó Mi Prescripción (Mipres), plataforma que en adelante servirá a los profesionales de la salud para formular medicamentos, procedimientos o dispositivos que no estén incluidos en el Plan de Beneficios.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PACS:	Planes de Atención Complementaria en Salud.
PAIS:	Política de Atención Integral en Salud.
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones.
PCL:	Pérdida de la Capacidad Laboral.
PBS:	Plan de Beneficios en Salud.
RIAS:	Rutas Integrales de Atención en Salud.
RIPSS:	Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
RLCPD:	Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.
SAT:	Sistema de Afiliación Transaccional.
SISBÉN:	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales.
SISMED:	Sistema de Información de Precios de Medicamentos.
SIVIGILA:	Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SMDLV:	Salario Mínimo Diario Legal Vigente.
SMMLV:	Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.
SOAT:	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
SUPER SALUD:	Superintendencia Nacional de Salud.
UNIRS:	Usos No Incluidos en el Registro Sanitario.
UPC:	Unidad de Pago por Capitación.
UPC S:	Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

1.2. Glosario

Aborto: La OMS define al aborto como la terminación del embarazo antes de la semana 20 de gestación o con un embrión o feto que nace con un peso menor a 500 gramos y lo clasifica como espontáneo, recurrente e inducido.

Accidente de trabajo: todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante, durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

El que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

El ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

El que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador, o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

Accidente de tránsito: suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor en una vía pública, o privada con acceso público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que, como consecuencia de su circulación o tránsito, o que, por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, causa daño a la integridad física de una persona.

Actividad de salud: conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales, se utilizan recursos físicos, humanos y tecnológicos para abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.

Afiliación: es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el sistema de Afiliación Transaccional, por una única vez, y de la inscripción en una entidad promotora de Salud EPS.

Afiliación de oficio: Cuando una persona no se encuentre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud o se encuentre con novedad de terminación de la inscripción en la entidad promotora de salud, la institución prestadora de servicios de salud o la entidad territorial, según corresponda, efectuará la afiliación de manera inmediata, aplicando las reglas establecidas en la normatividad vigente.

Afiliado: es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del Plan de Beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

Afiliado adicional al Régimen Contributivo: Es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el Régimen Contributivo, conforme a lo previsto en la presente Parte se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación adicional.

Afiliado cabeza de familia: Es la persona que pertenece al Régimen Subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, registrar las novedades correspondientes y realizar el pago de la contribución solidaria, cuando proceda.

Alimento para propósitos médicos especiales (APME): productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, con el fin de brindar soporte nutricional total o parcial a personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales, y capacidad limitada, deficiente o alterada para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar alimentos normales o determinados nutrientes o metabolitos de los mismos, o que por sus condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos; y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional.

Aparato Ortopédico: es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.

Atención ambulatoria: conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, sin que su permanencia en la infraestructura donde se realiza la atención requiera más de 24 horas continuas. La atención ambulatoria incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con el grupo de servicios de consulta externa, con el grupo de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y con el servicio de cirugía ambulatoria. De acuerdo con el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación definidas en la norma vigente, se podrán prestar a través de las modalidades intramural, extramural y telemedicina, según el tipo de servicio.

Atención con internación: conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, que requiere su permanencia por más de 24 horas continuas en la infraestructura donde se realiza la atención.

La atención con internación incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con los servicios del grupo de internación y las modalidades de prestación de servicios intramural, extramural y telemedicina, definidos en la norma de habilitación vigente, para la utilización de estos servicios debe existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

Atención de urgencias: conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras.

Atención domiciliaria: conjunto de procesos a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona en su domicilio o residencia, correspondiendo a una modalidad de prestación de servicios de salud extramural.

Atención en salud: conjunto de procesos, procedimientos y actividades, mediante las cuales, se materializan la provisión de prestación de servicios de salud y tecnologías de la salud a una persona, familia, comunidad o población.

Atención Primaria en Salud: la Atención Primaria en Salud es una estrategia constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.

Atención prioritaria: atención que se requiere cuando el paciente está enfermo y la vida no corre peligro, pero no se debe esperar hasta una cita programada.

Autocuidado: es una práctica voluntaria que permite a quien lo ejerce hacerse responsable de sus propias acciones y asumir los beneficios o consecuencias que se derivan de ellas. El objetivo del autocuidado en salud es prevenir la aparición de enfermedades y mejorar las condiciones de salud.

BDUA (Base Única de Afiliados): Es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos régímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Régimen Subsidiado, Contributivo y Régímenes especiales).

Beneficiarios: son las personas afiliadas que no hacen aporte de cotización y pertenecen al grupo familiar del cotizante al sistema. Reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.

Beneficiarios Régimen Contributivo y Subsidiado: la composición del núcleo familiar del cotizante estará constituido por:

- a. El cónyuge.
- b. A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.
- c. Los hijos menores de veinticinco (25) años de edad que dependen económicamente del cotizante.
- d. Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
- e. Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas en los literales c y d anteriores.
- f. Los hijos de los beneficiarios descritos en los literales c y d anteriores hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición.
- g. Los hijos menores de veinticinco (25) años y los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de estos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan económicamente de este.
- h. A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del cotizante que no estén pensionados y dependan económicamente de este.
- i. Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente.

En el Régimen Subsidiado el cabeza de familia se asimilará al cotizante del Régimen Contributivo.

Certificado de discapacidad: Documento personal e intransferible que se entrega después de la valoración clínica multidisciplinaria, en los casos en que se identifique la existencia de discapacidad. Únicamente podrá ser expedido por las IPS dispuesta por la Secretaría Distrital de Salud como entidad encargada a los residentes de Bogotá.

Certificado de liquidación de la incapacidad o de la licencia: certificado expedido por ALIANSALUD EPS, en el que se especifican los días autorizados, valor económico reconocido, periodo de pago y datos del aportante.

Cirugía programada o electiva: cirugía que un médico programa, pero no necesita realizarse inmediatamente.

Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento: procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánico.

Cirugía plástica reparadora o funcional: procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de estos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

Cobertura: es la garantía para los habitantes del territorio nacional de acceder a las tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Consentimiento Informado: Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para que tenga a lugar un acto asistencial. Para que el consentimiento se considere informado, el paciente o usuario deberá entender la naturaleza de la decisión a consentir tras recibir información que le haga consciente de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica, el consentimiento informado es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. Para el caso de niñas, niños y adolescentes, el consentimiento informado deberá cumplir con los trámites que establezca

la normatividad correspondiente. En caso de que el paciente o usuario no cuente con sus facultades plenas la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante responsable.

Cotizante: son las personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas. Los servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema general de seguridad social en salud.

Combinación de dosis fijas (CDF): medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.

Complicación: alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.

Concentración: cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, ul, entre otras).

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, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.

Consulta por otro profesional de salud: valoración y orientación realizada por un profesional de la salud (diferente al médico, odontólogo o psicólogo), autorizado por las normas de talento humano para ejercer su profesión. La consulta consta de: anamnesis, evaluación general del estado de salud, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de pruebas, así como de definición de un plan de manejo. La consulta puede ser programada o de urgencia, de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.

Consulta psicológica: es una valoración y orientación realizada por un profesional en sicología que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.

Contingencia de la incapacidad: motivo por el cual se origina la incapacidad o licencia. Son tipos de contingencia: accidente de trabajo, accidente de tránsito, descanso remunerado por aborto, enfermedad general, enfermedad profesional, licencia de maternidad y licencia de paternidad.

Contribución solidaria: La contribución solidaria es un mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado en salud para la población clasificada de acuerdo con la última metodología del Sisbén, o el que haga sus veces, como no pobre o no vulnerable y que no cumpla los requisitos para ser cotizante o beneficiaria en el Régimen Contributivo.

Corresponsabilidad: toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.

Cuidados Paliativos: son los cuidados pertinentes para la atención en salud del paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psico-

lógico y familiar 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. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Cuotas de recuperación: dineros que debe pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el Régimen Subsidiado. Aplican para los afiliados que reciban atenciones por servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Cuotas moderadoras: aportes en dinero que corresponden al valor que deben cancelar los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del Régimen Contributivo por la utilización de los servicios de salud con el objetivo de racionalizar y estimular el buen uso de estos.

Datos básicos: son los datos referidos a la identificación del afiliado, apellidos, nombres, fecha de nacimiento, sexo, tipo y número de documento de identificación y condición de supervivencia.

Datos complementarios: son los datos adicionales del afiliado y del aportante, si fuere el caso, relacionados con su ubicación geográfica e información de contacto, la administración del riesgo en salud y demás que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Declaratoria de la incapacidad: documento único oficial que expide el médico u odontólogo tratante, en el cual se hace constar la inhabilidad y el tiempo de duración de la incapacidad temporal por cualquier contingencia de los afiliados cotizantes activos en ALIANSALUD EPS. El certificado debe diligenciarse en forma veraz, legible y completa. Estos datos deben quedar consignados en la historia clínica.

Demanda inducida: proceso sistemático, ordenado y verificable de todas las estrategias que se utilizan con el fin de propender por la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana por parte de la población.

Descanso remunerado por aborto: tiempo reconocido a la trabajadora que en el curso del embarazo sufra un aborto o un parto no viable.

Detección temprana: conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Determinantes sociales de la salud: se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Dispensación: es la entrega de uno o más medicamentos y dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado, realizada por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Cuando la dirección técnica de la droguería, o del establecimiento autorizado para la comercialización al detal de medicamentos, esté a cargo de personas que no ostenten título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia, la información que se debe ofrecer al paciente versará únicamente sobre los siguientes aspectos: condiciones de almacenamiento; forma de reconstitución de medicamentos cuya administración sea la vía oral; medición de la dosis; cuidados que se deben tener en la administración del medicamento; y, la importancia de la adherencia a la terapia.

Dispositivo médico para uso humano: cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

- a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.

- d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
- e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- f. Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.

Documentos de identificación: para efectuar la afiliación y reportar las novedades, los afiliados se identificarán con uno de los siguientes documentos:

- 1. Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.
- 2. Registro Civil de Nacimiento para los mayores de 3 meses y menores de siete (7) años de edad.
- 3. Tarjeta de identidad para los mayores de siete (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.
- 4. Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
- 5. Para extranjeros cédula de extranjería o contraseña de la cédula de extranjería. Pasaporte sólo para menores de 7 años, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda.
- 6. Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.

Los afiliados están obligados a actualizar el documento de identificación cuando se expida un nuevo tipo de documento.

Duelo: Proceso adaptativo del ser humano que puede surgir ante la pérdida de una persona, vínculo, evento u objeto significativo y en el que se presentan respuestas psicoemocionales, afectivas, físicas, sociales, cognitivas o comportamentales.

Duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal: Es el proceso adaptativo del ser humano que puede surgir como respuesta a una pérdida gestacional, perinatal o neonatal, y en el que pueden presentarse respuestas psicoemocionales, afectivas, físicas, sociales, cognitivas o comportamentales.

Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida: es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un profesional en medicina.

Enfermedad de alto costo: enfermedad que representa una alta complejidad técnica en su manejo y tratamiento. Adicionalmente representa una gran carga emocional y económica.

Enfermedad general: estado de disminución física o mental que sobrevenga como consecuencia de una enfermedad o de un accidente, no originado por causa o con ocasión de la clase de trabajo que desempeña el afiliado, ni del medio en que se ha visto obligado a trabajar y que no haya sido definida, clasificada o calificada como de origen profesional.

Enfermedad laboral: contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Riesgos Laborales, debe determinar en forma periódica las enfermedades que se consideran como laborales, para lo cual los Ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo, deben realizar una actualización de la tabla de enfermedades laborales, por lo menos cada tres (3) años, atendiendo los estudios técnicos financiados por el Fondo Nacional de Riesgos Laborales.

Enfermedades Huérfanas: las enfermedades huérfanas según el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada persona, comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas.

Enfermo en fase terminal: aquel que tiene de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un

carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

Enfoque Diferencial: es una forma de abordar las necesidades de una población específica para garantizar sus derechos individuales y colectivos y eliminar la discriminación y marginación.

Equipos básicos de salud: Concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud. La constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano. Los equipos básicos deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población.

Equipo biomédico: dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un solo uso.

Establecimiento farmacéutico: es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control o aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por ley para su comercialización en dicho establecimiento.

Estereoisómero: es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales, teniendo la misma fórmula química.

Estrategias de información, educación y comunicación (IEC): Actividades y medios que se utilizan para informar, educar o comunicar mensajes en pro de la salud de la población.

Estrategias de vigilancia en salud pública: conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñados con base en las características de los eventos a vigilar, la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia (Decreto 3518 de octubre 9 de 2006: Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA).

Ficha de caracterización socioeconómica: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.2.8.1.4 del Decreto 1082 de 2015, es una herramienta de recolección de información socioeconómica de los hogares, diseñada para caracterizar la población.

Forma farmacéutica: preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

Gestión del riesgo en salud: identificación de los riesgos en salud y su intervención, con el fin de disminuir su impacto negativo en la población.

Género: construcción social, cultural y psicológica que determina el concepto de mujer, hombre y de otras categorías no binarias o normativas.

Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública: documentos mediante los cuales se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública. De acuerdo con la normatividad vigente que regula la materia, su aplicación no sobrepasa la libertad del acto médico, constituyéndose como unos mínimos aceptables, ya que recogen una serie de recomendaciones para intervenir riesgos en salud.

Hospital Día: modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con

la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

Hospitalización parcial: es el servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras, que no impliquen estancia completa.

Identidad de género: es la percepción y manifestación personal del propio género. Es decir, cómo se identifica alguien independientemente de su sexo biológico. La identidad de género puede fluir entre lo masculino y femenino, no existe una norma absoluta que lo defina.

Incapacidad: estado de inabilidad o disminución de la capacidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio.

Incapacidad permanente parcial: incapacidad de carácter permanente, que presenta una persona por cualquier causa, de cualquier origen, presentando una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 5% e inferior al 50%.

Inclusión social: es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente.

Información de referencia: es la información que permite validar la identificación y datos básicos de los afiliados, el cumplimiento de los requisitos para la afiliación y las novedades en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, o que permite garantizar la integridad y consistencia de la misma.

Inscripción a la EPS: es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una Entidad Promotora de Salud 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.

Intervención en salud: conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

Invalidez: estado de la persona presentado por cualquier causa de cualquier origen, no provocado intencionalmente, en el que se presenta pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.

Libre escogencia: 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 de Beneficios en Salud.

Licencia de maternidad: tiempo reconocido, de acuerdo con las normas legales vigentes, a la afiliada cotizante que llega al término del embarazo con criatura viable. Es también el reconocimiento de tipo económico a la madre adoptante del menor de edad.

Licencia de paternidad: es una licencia remunerada que se le concede al trabajador al nacimiento de un hijo.

LGBTIQ+: La sigla es una forma de agrupar, no es fija y evoluciona en la medida en que emergen nuevas formas identitarias, reúne la convergencia social y política de las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer y el más hace referencia a otras identidades sexuales y de género.

Margen terapéutico: intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.

Material de curación: dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.

Medicamento: es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

Medicinas y terapias alternativas: son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico.

Metabolito activo: sustancia producida en el organismo por la biotransformación de un principio activo y que tiene propiedades farmacológicas. El metabolito activo puede ser sintetizado a escala industrial y comercializado de tal forma como medicamento.

Mezcla racémica: es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple, entendido como un tipo particular de estereoisómeros, que, dependiendo de la disposición espacial de los átomos, se denominan "S" o "R" y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan "dextro" (d), si es hacia la derecha o "levo" (l), si es hacia la izquierda.

Médico (o profesional) par: es un médico que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. En el caso de que una prescripción se realice por un subespecialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como requisito para la subespecialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico de que trate la prescripción.

Modalidades para la prestación de servicios de salud: La modalidad es la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares. Las modalidades de prestación para los servicios de salud son: intramural, extramural y telemedicina.

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

Muerte perinatal: Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.

Muerte neonatal: Es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en: (i) Muertes neonatales tempranas: ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días) y (ii) Muertes neonatales tardías: ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida (7-28 días).

Nasciturus sin vida: Término que se designa al ser humano concebido que aún no ha nacido. Incluye todas las fases de la vida humana en formación, desde la concepción hasta el momento del parto.

Nivel de dificultad en el desempeño: grado de dificultad que experimenta una persona al realizar diferentes actividades e involucrarse en situaciones vitales en su entorno cotidiano.

Normas de atención: Documentos mediante los cuales se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico, para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con la normatividad vigente que regula la materia. Las normas de atención son de obligatorio cumplimiento.

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

Orientación sexual: Es la atracción emocional o sexual que se siente hacia otra persona que, si es del mismo sexo, será homosexual; de sexo contrario, heterosexual; y si comprende a ambos性, bisexual.

Órtesis: dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

Pagos compartidos o copagos: aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado con la finalidad de contribuir a financiar el Sistema y están a cargo de los afiliados beneficiarios en el Régimen Contributivo y de los afiliados del Régimen Subsidiado.

Pérdida de la Capacidad Laboral (PCL): pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual indicando el grado de invalidez de una persona.

Pérdida gestacional: Muerte embrionaria o fetal durante cualquier semana de la gestación.

Periodo neonatal: El período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento.

Plan de Beneficios: el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, estructurado sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud EPS o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud conforme a la normatividad vigente. Este será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1571 de 2015.

Poblaciones especiales: son las personas que, por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad manifiesta, según lo dispuesto por la ley deben pertenecer al Régimen Subsidiado.

Población no pobre o no vulnerable: Para efectos de la afiliación al Régimen Subsidiado mediante el mecanismo de contribución solidaria, se entiende por población no pobre o no vulnerable las personas que de acuerdo con la información generada por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales - Sisbén o por el instrumento que lo sustituya, no se clasifican como pobres y vulnerables, no forman parte de los grupos poblacionales definidos en la normatividad de acuerdo con su nivel de ingreso y condiciones de vida no tienen capacidad de pago para asumir el valor total de la cotización requerida para poder afiliarse al Régimen Contributivo.

Portabilidad: es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud que migre del municipio de domicilio de afiliación o de aquél donde habitualmente recibe los servicios de salud.

Posparto: Período de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto, este período es esencial para la recuperación integral de la mujer o persona gestante. Puerperio. Se denomina puerperio o cuarentena al período que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y es el tiempo que necesita el organismo de la persona para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

Prevención de la enfermedad: abarca las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, a detener su avance y a atenuar sus consecuencias, una vez establecida la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo. (Adaptado del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984).

Principio activo: cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

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: proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorirla. (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986).

Prórroga de la incapacidad: es la incapacidad que se expide con posterioridad a una inicial, por la misma enfermedad o lesión o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de un diagnóstico diferente al de la incapacidad inicial, siempre y cuando entre una y otra no haya interrupción mayor a 30 días calendario.

Protección específica: conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

Prótesis: dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.

Protocolo de vigilancia en salud pública: guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Psicoterapia: de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud — OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según el criterio del profesional tratante.

Puerperio: Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y es el tiempo que necesita el organismo de la persona para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS): conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.

Referencia y contrarreferencia: 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 del pago.

Referencia: es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

Contrarreferencia: es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Régimen Contributivo: es el sistema que recoge a los trabajadores que aportan una porción de su salario para tener cobertura en salud para ellos y sus familias.

Régimen Subsidiado: acoge a aquellas personas que no pueden pagar su afiliación a la salud.

Registro en el Sistema de Afiliación Transaccional: es el acto a través del cual se registra, por una única vez, la información de los datos básicos y complementarios de los afiliados en el Sistema de Afiliación Transaccional.

Registro de novedades: es el acto de actualización de la información de los datos básicos y complementarios de los afiliados y de las novedades de la afiliación en el Sistema de Afiliación Transaccional.

Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD: plataforma en la cual se registra la información contenida en el certificado de discapacidad de las personas que hayan sido certificadas a fin de obtener su caracterización

y su localización geográfica a nivel municipal, distrital, departamental y nacional. El Registro es la fuente oficial de información sobre las personas con discapacidad en Colombia y hace parte del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

Reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC: diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las Instituciones Prestadoras de Servicios, mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC. (MIPRES).

Salud pública: está constituida por una serie de esfuerzos organizados por el gobierno y la sociedad para promover, proteger, mantener y restablecer la salud de las personas. Este concepto incluye las acciones poblacionales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad y cuidados paliativos de la salud. (Adaptado de “Informe Acheson”, Londres, 1988).

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia. (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986).

Servicio único: servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Servicio sucesivo: servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el cual se debe señalar la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total en que se requiere el mismo.

Servicios o tecnologías complementarias: corresponde a un servicio que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.

Servicio ambulatorio priorizado: corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio, que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.

Servicios no financiados con recursos del Sistema de Salud: corresponde a cualquier servicio que advierta alguno de los siguientes criterios: i) Finalidad cosmética o suntuaria que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas; ii) Que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad y eficacia; iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; y) Que se encuentren en fase de experimentación; vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Sexo biológico: características biológicas y físicas usadas típicamente para asignar el género al nacer, como son los cromosomas, los niveles hormonales, los genitales externos e internos y los órganos reproductores.

Sistema de Afiliación Transaccional - SAT: es el conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispuso el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – Sishén: es un instrumento de la política social, para la focalización del gasto social, el cual utiliza herramientas estadísticas y técnicas que permiten identificar y ordenar a la población, para la selección y asignación de subsidios y beneficios por parte de las entidades y programas, con base en las condiciones socio económicas en él registradas.

Soporte nutricional: corresponde al aporte de nutrientes necesarios, bien sea con nutrición parenteral o enteral, o ambas, en los casos en los cuales no sea posible mantener la alimentación convencional.

Subgrupo de Referencia: agrupación de medicamentos basada en características específicas compartidas, tales como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico o terapéutico y que tienen la misma indicación. Las agrupaciones son la expresión de financiación con recursos de la UPC y en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica.

Tecnología en salud: 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 la 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.

Trabajo de parto: Proceso fisiológico y natural que comprende una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cérvix hacia el exterior.

Trans: término que engloba a todas aquellas personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer.

Transgénero: persona que cuestiona los roles masculino y femenino impuesto desde el nacimiento y que decide construirse de forma opuesta o diferente a lo establecido socialmente.

Traslados: 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Traslado de EPS dentro de un mismo régimen: es el cambio de inscripción de EPS dentro un mismo régimen.

Traslado de EPS entre regímenes diferentes: es el cambio de inscripción de EPS de regímenes diferentes.

Triage: es la forma de clasificar, o dar prioridad en la atención de los pacientes en un servicio de urgencias realizando una selección que permite determinar la prioridad con la cual se atenderán los usuarios, basados en sus necesidades terapéuticas y recursos disponibles.

Usos No Incluidos en el Registro Sanitario (UNIRS): es entendido como el uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.

Validación: es la verificación de la información que reporta el afiliado, el aportante o la entidad territorial contra la información de referencia. En el caso de la validación de la identificación y datos básicos de las personas, la validación se realizará contra las tablas construidas a partir de la información reportada por las entidades responsables de la expedición de los documentos de identidad.

Vigilancia en salud pública: función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

Violencia psicológica: Entendida como toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de cualquier conducta que implique perjuicio, afectaciones en la salud psicológica, mental, la autodeterminación, la percepción de sí misma o el desarrollo personal. La violencia psicológica incluye los mecanismos simbólicos para ejercerla. Esta definición es la aprobada en la sesión del 22 de junio de 2016 del Grupo Técnico Coordinador del SIVIGE. Adaptado de: Secretariado de la Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas (ÚNETE) para poner fin a la violencia contra las mujeres.

Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en las normas vigentes que rigen para el SGSSS.

1.3. Plan de beneficios y sus exclusiones y limitaciones

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.

Inexistencia de periodos de carencia: el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 eliminó los periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, De acuerdo con el artículo 2.1.3.4 del Decreto 780 de 2016 el afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del Plan de Beneficios desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad. Las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

1.3.1. Condiciones de Acceso a los Servicios y Tecnologías de Salud

Garantía de acceso a los servicios y tecnologías de salud: las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS la integralidad, continuidad y acceso efectivo y oportuno y con calidad a los servicios y tecnologías de salud, así como la atención de urgencias en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de urgencia habilitados en el territorio nacional, al tenor de la establecido en la Ley 1751 de 2015 y "LA RESOLUCIÓN" 2765 de 2025 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social (que, para efectos de este documento, se denominará "LA RESOLUCIÓN", o la norma que los modifique, adicione o sustituya).

Puerta de entrada al sistema financiada con recursos de la UPC: El acceso primario a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC se hará en forma directa, a través del servicio de urgencias o por los servicios de consulta externa médica, odontológica general, enfermería profesional o psicología. Podrán acceder en forma directa a los servicios de consulta especializada de pediatría las personas menores de 18 años, obstetricia para las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio o medicina familiar para cualquier persona, sin requerir remisión por parte del profesional de puerta de entrada aquí señalado, cuando la oferta disponible así lo permita.

Adscripción a una IPS: toda persona después de la afiliación a una EPS deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las IPS de la red de prestadores conformada por la EPS, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de la salud. El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y la EPS deberá darle trámite y atender su solicitud dentro de su red de prestadores.

En el momento de la adscripción, las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestas, con el objeto de que la IPS y la EPS puedan organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica y no podrán ser utilizados para selección de riesgo por parte de las EPS.

Acceso a servicios especializados de salud: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.

Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema mencionadas en "LA RESOLUCIÓN", conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Telemedicina: La provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en "LA RESOLUCIÓN", prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, se financian con recursos de la UPC.

Garantía de servicios en el municipio de residencia: La EPS deberá garantizar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios de salud señalados en "LA RESOLUCIÓN", como puerta de entrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

1.3.2. Cobertura de los Servicios y Tecnologías de Salud Financiados con Recursos de la UPC

Servicios y tecnologías de salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", deberán ser garantizados por la EPS, con cargo a los recursos que recibe para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud.

1.3.2.1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Cobertura de promoción y prevención: la EPS deberá identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que, de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los lineamientos de política pública vigente, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que incluye las intervenciones individuales obligatorias para toda la población afiliada.

Promoción de la salud: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las intervenciones para toda la población afiliada, orientadas a promover el cuidado de la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades de acuerdo con lo definido en la normatividad y políticas públicas vigentes.

Protección específica y detección temprana: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las intervenciones individuales para toda la población afiliada orientadas a la protección frente a los riesgos en salud para evitar la aparición de la enfermedad y a la identificación oportuna de eventos en salud para incidir en el diagnóstico y tratamiento oportuno, comprende las intervenciones contenidas en "LA RESOLUCIÓN".

Condón masculino: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen entre otros, el condón masculino de látex conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Aplicación de vacunas: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la aplicación de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así como aquellos contenidos en "LA RESOLUCIÓN" para casos especiales. Es responsabilidad de las EPS y entidades adaptadas garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas aplicables.

Prevención de la enfermedad: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para la prevención de la enfermedad, incluyen las intervenciones individuales para toda la población afiliada orientadas a prevenir la aparición de un evento en salud, reducir o mitigar el daño o recuperar la salud ante la presencia de un evento, en concordancia con lo dispuesto en la normatividad vigente.

ESQUEMA DE VACUNACION DE COLOMBIA PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES-PAI

EDAD	VACUNA	DOSIS
Recién Nacido	BCG	Única
	Hepatitis B	Recién nacido
A los 2 meses*	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)
		Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)
		Hepatitis B
	Polio	Primera
	Rotavirus	Primera
	Neumococo	Primera
A los 4 meses*	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)
		Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)
		Hepatitis B
	Polio	Segunda
	Rotavirus	Segunda
	Neumococo	Segunda
A los 6 meses*	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)
		Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)
		Hepatitis B
	Polio	Tercera
	Influenza estacional	Primera
A los 7 meses	Influenza estacional	Segunda
A los 12 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)- TRIPLE VIRAL	Primera
	Varicela	Primera
	Neumococo	Refuerzo
	Hepatitis A	Única

A los 18 meses	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Primer refuerzo
		Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)	
		Hepatitis B	
	Polio		Primer refuerzo
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)- TRIPLE VIRAL		Refuerzo
	Fiebre Amarilla (FA)		Única
A los 5 años	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)		Segundo refuerzo
	Polio		Segundo refuerzo
	Varicela		Refuerzo
Niñas de 9 a 17 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)**		Única
Niños de 9 a 17 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)**		Única
Mujeres en Edad Fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxido tetánico y diftérico del adulto (Td)***		5 dosis: Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de Td2 Td4: al año de Td3 Td5: al año de Td4 Refuerzo cada 10 años
Gestantes	Influenza estacional		Una dosis a partir de la semana 14 de gestación en cada embarazo
	Covid		A partir de la semana 12
	Tdap (Tétanos - Difteria - Tos ferina Acelular)***		Dosis única a partir de la semana 26 de gestación en cada embarazo
	Virus Sincitial Respiratorio (VSR)		Dosis única de la semana 28 a la 36 únicamente
Adultos de 60 años y más	Influenza estacional		Anual

*En el marco de la alerta por tosferina y según circular 012 de 2025, las vacunas de 2 meses se aplican a las 6 semanas de vida, las de 4 meses a las 12 semanas de vida y las de 6 meses a las 18 semanas o 4 meses y medio.

**Para pacientes inmunosuprimidos se debe garantizar la aplicación de 2 dosis (intervalo de 6 a 6 meses)

*** En el marco de la alerta por tosferina y según circular 012 de 2025 la dosis de Tdap (Tétanos, difteria y Tosferina acelular), se aplica a partir de la semana 20 de gestación.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID

Según disponibilidad de biológico y priorización de población definidos en lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud. Para población general, se vacuna cuando exista disponibilidad de biológico y se cuente con frascos abiertos.

1.3.2.1.1. Programas de promoción y mantenimiento de la salud

La Política de Atención Integral en Salud PAIS, promulgada por el Ministerio de Salud en 2016, como un enfoque para la prestación de servicios de salud atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población.

El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, preventión, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Con el fin de avanzar en el desarrollo de la PAIS y de garantizar efectivamente el derecho fundamental a la salud es preciso desarrollar e implementar un modelo de acción integral fundamentado en la Atención Primaria en Salud, centrado en las personas, familias y comunidades que asegure una efectiva participación social y comunitaria. Este modelo se denomina Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE y se adopta mediante la Resolución 2626 de 2019.

Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

El objetivo de las Rutas Integrales de Atención en Salud en adelante “RIAS” es regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad, además involucran a los afiliados quienes a través del autocuidado, contribuyen al fortalecimiento de la gestión integral del riesgo en salud.

Están dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en los afiliados, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores con un enfoque de derechos, desarrollo humano y curso de vida, se interesa en la manera en que un sujeto cambia a lo largo de la misma y cómo interviniendo en diferentes momentos se pueden impactar los resultados en salud.

Categorías de atención

- **Acciones de gestión de la salud pública:** acciones de elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas con enfoque de curso de vida y orientado a la generación de gobernanza en salud. A través de ellas se orientan los procesos sectoriales e intersectoriales que garantizan la atención integral en salud.
- **Prevención de la enfermedad:** el Plan de Beneficios en Salud cubre las tecnologías en salud para prevención de la enfermedad, se debe apoyar la vigilancia del cumplimiento a través de los indicadores definidos en las RIAS con ese propósito.
- **Promoción de la salud:** contempla las intervenciones poblacionales y de educación para la salud dirigidas a las personas, familias y comunidades en búsqueda del autocuidado.
- **Programas de gestión integral del riesgo en salud:** son las acciones planteadas en las RIAS organizadas en programas para el control y manejo de enfermedades específicas, entre las que se encuentran: obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, cáncer de colon y cáncer gástrico.

Clasificación de las RIAS

a. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.

Comprende acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación para la salud. Esta ruta se aplica para toda la población residente en el territorio.

En el momento de la adscripción las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestos, con el objeto de organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica.

Las RIAS establecen acciones de promoción de la salud incluidas en el Plan de Beneficios, y que corresponden a todas las actividades de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

El Plan de Beneficios en Salud cubre todas las tecnologías en salud para la promoción y mantenimiento de la salud según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género para tales efectos.

El Plan de Beneficios en Salud contempla la atención preventiva en salud bucal en cada uno de los grupos de edad y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicalización con barniz de flúor.

Los momentos de cursos de vida y su conceptualización acogidos por la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud son:

Atención de la morbilidad neonatal: el recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el Plan de Beneficios en Salud desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluye las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente.

Primera infancia niños y niñas hasta los 5 años

- Valorar y detectar tempranamente alteraciones en la salud desde el nacimiento.
- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar.
- Vacunar según esquema vigente.
- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Infancia niños y niñas desde los 6 hasta los 11 años

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar.
- Vacunar según esquema vigente.
- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Adolescencia hombres y mujeres de 12 a 17 años

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la dinámica familiar.
- Valorar la salud mental.
- Vacunar según esquema vigente.
- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Juventud hombres y mujeres de 18 a 28 años

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud mental.
- Vacunar según esquema vigente.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud del trabajador.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Detectar tempranamente alteraciones en la salud de los jóvenes.
- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Aduldez hombres y mujeres de 29 a 59 años

- Vacunar según esquema vigente.
- Valorar el desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.

- Valorar la salud mental.
- Detectar tempranamente alteraciones en la salud del adulto.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar la salud del trabajador.
- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Vejez hombres y mujeres de 60 años y más

- Valorar la capacidad funcional.
- Valorar el estado nutricional.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud mental.
- Detectar tempranamente alteraciones en la salud del adulto mayor.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar la salud del trabajador.
- Vacunar según esquema vigente.
- Intervenir los riesgos detectados.

Actividades de detección temprana

La ruta de promoción y mantenimiento de la salud incluye actividades de detección temprana las cuales permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Dentro de estas actividades se encuentran:

- **Tamizaje para anemia:** Examen de sangre (hemoglobina y hematocrito) en mujeres una vez entre los 10 y 13 años y una vez entre los 14 y 17 años.
- **Tamizaje de riesgo cardiovascular:** Solicitud de perfil lipídico, glicemia basal, creatinina, uroanálisis cada 5 años a los adultos mayores de 29 años.
- **Tamizaje para cáncer de cuello uterino:** Citología cervicovaginal a mujeres desde los 25 años o antes si has iniciado vida sexual hasta los 30 años y pruebas ADN/VPH para mujeres de 30 a 65 años.
- **Tamizaje para cáncer de mama:** Examen físico rutinario de seno en mujeres, practicado por el médico, el cual deberá realizarse mínimo una vez al año a partir de los 40 años y realización de mamografía cada dos años, a partir de los 50 y hasta los 69 años.
- **Tamizaje para cáncer de colon y recto:** Examen de sangre oculta en materia fecal para la detección temprana de cáncer de colon cada 2 años para adultos a partir de los 50 y hasta los 75 años.
- **Tamizaje para cáncer de próstata:** Realización tacto rectal y Antígeno prostático (PSA) en hombres cada 5 años a partir de los 50 y hasta los 75 años.

Estrategias de Demanda Inducida

Para acceder a las Actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud, **ALIANSALUD EPS** tiene comunicación por medios masivos e individualizados. Para lograr la información sobre las actividades de promoción y mantenimiento de la salud establecidas de manera obligatoria en la normatividad PAIS, y RIAS se emplearán los datos registrados en el formulario de afiliación o actualizados ante **ALIANSALUD EPS**, como:

- Mensajes de texto al teléfono móvil.
- Comunicaciones a la dirección de correo electrónico.
- Llamada al teléfono fijo o móvil.

Recuerde, para mantenerlo informado es muy importante actualizar los datos de contacto y siempre que cambie de domicilio resulta pertinente que lo notifique a la EPS.

b. Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo.

Incorpora intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación.

El Ministerio de Salud y Protección Social define las siguientes rutas dirigidas a 16 grupos de riesgo:

- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.
- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.
- RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.
- RIAS para población materno – perinatal. El Plan de Beneficios cubre la atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso preconcepcional, gestación, parto y puerperio en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del binomio madre - hijo.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales.
- RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.

c. Ruta integral de atención en salud para eventos específicos.

Estas rutas se definen a partir de aquellos eventos específicos priorizados por cada grupo de población en riesgo a que se refiere el numeral anterior.

1.3.2.2. Recuperación de la salud

Acciones para la recuperación de la salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contemplados en "LA RESOLUCIÓN" para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigente.

Atención de urgencias: Los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación de servicios debidamente habilitados para tal fin, y la oportunidad y adecuada remisión cuando se cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades en salud.

Atención ambulatoria: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, serán prestados ambulatoriamente, cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios habilitados para tal fin.

Atención con internación: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención en salud en los servicios del grupo de internación, cuando sea prescrita por el profesional de la salud tratante, en los servicios habilitados para tal fin.

- Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.
- Para la prestación o utilización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante.
- Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de cuidados básicos, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.
- No se financia la atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos o intermedios de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos. Para este caso se financia la estancia hasta por 24 horas, siendo la EPS del donante la responsable de esta financiación con recursos de la UPC.

No será financiada con cargo a los recursos de la UPC la internación prolongada, cuando esta sea, por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia o un abandono social.

Internación domiciliaria: La internación en modalidad extramural domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está financiada con recursos de la UPC en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas vigentes. Esta financiación está dada sólo para el ámbito de la salud.

- En sustitución de la hospitalización institucional, conforme con la recomendación médica, las EPS y entidades adaptadas, a través de las IPS, serán responsables de garantizar las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, según lo dispuesto en las normas vigentes.

Medicina y terapias alternativas y complementarias: Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o comple-

mentarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

1.3.2.3 Procedimientos

Analgesia, anestesia y sedación: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la analgesia, anestesia y sedación y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, así no se encuentren explícitamente descritos en el Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos a la UPC” del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”, cuando se requieran para la realización o utilización de las tecnologías en salud y los servicios contenidos en “LA RESOLUCIÓN”, incluida la atención del parto.

Combinaciones de tecnologías en salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en “LA RESOLUCIÓN” cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

Si dentro de la combinación de tecnologías en salud se requieren tecnologías o servicios que no se encuentran financiados con recursos de la UPC, la EPS o las entidades adaptadas garantizará las tecnologías en salud y los servicios contenidos en “LA RESOLUCIÓN” con recursos de la UPC y aquellas no financiadas con recursos de la UPC, se garantizarán con los recursos correspondientes, bajo el principio de complementariedad.

Trasplantes: La realización de los trasplantes financiados con recursos de la UPC estará a cargo de la EPS del receptor del trasplante, e incluye los servicios y las tecnologías en salud necesarias y contenidas en “LA RESOLUCIÓN”.

La prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante, identificado como efectivo
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la EPS o la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
6. Tecnologías en salud y los servicios necesarios durante el trasplante.
7. Los medicamentos se financian conforme a lo dispuesto en “LA RESOLUCIÓN”.
 - Entiéndase como una actividad inherente a los estudios previos y obtención del órgano, la búsqueda del donante.
 - Los trasplantes de órganos diferentes a los contenidos en “LA RESOLUCIÓN”, no se financian con recursos de la UPC.

Injertos: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en “LA RESOLUCIÓN”, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos, así como los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

Suministro de sangre total o hemocomponentes: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los productos de banco de sangre listados en los Anexos 1 y 2 de “LA RESOLUCIÓN”, de conformidad con las normas que regulan la materia.

- Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud y los servicios correspondientes al banco de sangre, las IPS y las EPS y entidades adaptadas no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de hemocomponentes como contraprestación a una atención en salud.

Atención en salud oral: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud oral y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN".

- Los procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general sedación asistida, de acuerdo con el criterio del profesional tratante, esta se encuentra financiada con recursos de la UPC.
- Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante; así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.
- Se financian con recursos de la UPC tratamientos de periodoncia, endodoncia, ortodoncia, las prótesis dentales, así como todos los procedimientos descritos en el Anexo 2 de "LA RESOLUCIÓN", siempre y cuando no tengan una finalidad principal cosmética o suntuaria.

Tratamientos reconstructivos: los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral de "LA RESOLUCIÓN", se financian con recursos de la UPC en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

Finalidad del procedimiento: Los procedimientos descritos en el anexo 2 de "LA RESOLUCIÓN", se financian con recursos de la UPC en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

1.3.2.4 Medicamentos

Medicamentos: los servicios y tecnologías de salud financiados con recurso de la UPC incluyen los medicamentos de acuerdo con las siguientes condiciones: **principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico** en los casos en que se encuentre descrito en el Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación", que hace parte integral de "LA RESOLUCIÓN". **Para la financiación deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.**

Los medicamentos contenidos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", al igual que otros que también se consideren financiados con dichos recursos de la UPC, atendiendo a lo dispuesto en "LA RESOLUCIÓN", deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas.

Los medicamentos descritos en el Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC" en "LA RESOLUCIÓN", se consideran financiados con recursos de la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas, sin modificar la indicación autorizada, salvo especificaciones descritas en "LA RESOLUCIÓN".

En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos como mezcla racémica en el listado de medicamentos del Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral de "LA RESOLUCIÓN", se consideran financiados con recursos de la UPC, siempre y cuando comparten el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen,

sin que sea necesario que coincidan en la misma sal o éster en caso de tenerlos. Esta financiación aplica sólo en el sentido de mezcla racémica (financiada explícitamente), a estereoisómero y no inversamente.

En los casos en que la descripción del medicamento del Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”, que hace parte integral de “LA RESOLUCIÓN”, contenga una sal o un éster determinados, la financiación con recursos de la UPC es específica para dicha composición y no para otras sales o ésteres del medicamento que existan en el mercado.

Son financiados con recursos de la UPC los medicamentos que contienen el metabolito activo de un principio activo o precursor descrito en el Anexo 1 “Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC”, indistintamente de la forma farmacéutica, siempre y cuando tengan la misma indicación. Si el precursor tiene una aclaración de uso en el anexo 1, aplicará también para el metabolito activo. Esta financiación aplica sólo en el sentido de precursor (financiado explícitamente), a metabolito activo y no inversamente.

Prescripción: la prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones descritas en “LA RESOLUCIÓN”.

- En el caso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paraclinico necesarios.

Indicaciones autorizadas: la financiación de medicamentos con recursos de la UPC aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo en aquellos casos en que el Anexo 1 “Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC”, describa usos específicos que limiten su financiación.

- Cuando en el Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”, no se indique un uso específico, se consideran financiadas con recursos de la UPC todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA en el registro sanitario para todos los medicamentos de un mismo principio activo y forma farmacéutica, así como las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.
- Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran financiadas con recursos de la UPC y armonizadas en su financiación, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará financiada con recursos de la UPC para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.
- Cuando un medicamento financiado con recursos de la UPC tenga un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso no se considera financiado con recursos de la UPC, independientemente de que el principio activo no tenga aclaración de uso en el listado de medicamentos del anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”.

Combinaciones de dosis fijas (CDF): con el propósito de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas de la siguiente forma:

1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF, se encuentren contenidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica.
2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento en CDF sea igual o inferior al costo total de suministrar los principios activos que lo componen, ya sea administrados de manera independiente como medicamento en monofármaco o a través de medicamentos en CDF que contengan los mismos principios activos.

El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la Combinación de Dosis Fijas, financiada con recursos de la UPC.

- Corresponde al médico tratante, en su autonomía profesional, evaluar la relación riesgo/beneficio y pertinencia para cada paciente, en relación con las CDF, frente a utilizar los medicamentos con cada principio activo por separado.
- Será la IPS en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, cuando ella realiza la dispensación, o en coordinación con el asegurador cuando sea éste el responsable de garantizar la dispensación a través de otro actor, establezca la comparación entre los diferentes costos de tratamiento, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos incluidos en el régimen de control directo de precios, entre otras.

Presentaciones comerciales y equivalencias: la financiación de los medicamentos con recursos de la UPC es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras).

Registro sanitario: el tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la financiación de los medicamentos con recursos de la UPC, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Almacenamiento y distribución: las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan la financiación con recursos de la UPC.

- Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el suministro del oxígeno gas y aire medicinal, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como: bala, concentrador o recarga, entre otras, bajo el principio de integralidad.

Administración de medicamentos: para el acceso efectivo a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, está incluida toda forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos financiados con la UPC, tales como, las bombas de insulina, jeringas prellenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica.

Fórmulas magistrales: Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC en las indicaciones del medicamento del cual parten, y deberán ser garantizadas por las EPS o las entidades que hagan sus veces.

Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos: la EPS deberá garantizar el acceso a los medicamentos financiados con recursos de la UPC de forma ininterrumpida y continua tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante y las normas vigentes.

Medicamentos de programas especiales: Corresponde a las EPS o de las entidades que hagan sus veces y a las entidades adaptadas, garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de programas especiales, previstos en el articulado y descritos en el Anexo 4 “Listado de medicamentos para programas especiales en salud pública”, que hace parte integral de “LA RESOLUCIÓN” y que son suministrados por el Ministerio de Salud, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

- Los medicamentos de programas especiales deben cumplir las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico, en los casos en que se encuentre descrito en el Anexo 4 “Listado de medicamentos para programas especiales en salud pública”, que hace parte integral de “LA RESOLUCIÓN”.

Radiofármacos: estos medicamentos se consideran financiados con recursos de la UPC cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear contenidos en dicha financiación, tanto en diagnóstico, como en tratamiento y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos.

Medios de contraste: la EPS garantizará los medios de contraste correspondientes a los descritos explícitamente en el anexo 1 “Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC”, que hace parte integral de “LA RESOLUCIÓN”.

Medios diagnósticos: los medicamentos diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”, que hace parte integral de “LA RESOLUCIÓN”, también serán financiados con recursos de la UPC cuando sean usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos financiados con recursos de la UPC.

- Cuando un procedimiento financiado con recursos de la UPC, según los contenidos del presente acto administrativo en los Anexos 2 y 3, requiera para su realización un medicamento que actúe como estímulo in vivo o in vitro, siempre y cuando sea necesario e insustituible, se considera inherente al procedimiento descrito y financiado con recursos de la UPC, sin que para ello se requiera estar descrito en el Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”.

Soluciones y diluyentes: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”, que hace parte integral “LA RESOLUCIÓN”, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento financiado con recursos de la UPC.

Actividades y procesos propios del servicio farmacéutico: la EPS es responsable de garantizar que el manejo, conservación, dispensación, distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico, que implique servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se realice bajo las condiciones y criterios definidos por la normatividad vigente y que su funcionamiento se ajuste a la habilitación, autorización y vigilancia por la autoridad competente para tal fin.

Sustancias y medicamentos para nutrición: la financiación de sustancias nutricionales con recursos de la UPC es la siguiente:

1. Aminoácidos esenciales y no esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral o parenteral (incluyendo medicamentos que contengan dipéptidos que se fraccionan de manera endógena).
2. Medicamentos parenterales en cualquier concentración, descritos en el Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”, de “LA RESOLUCIÓN” utilizados para los preparados de alimentación parenteral.

3. Las nutriciones parenterales que se presentan comercialmente como sistemas multicompartmentales, también se consideran financiadas con recursos de la UPC, sin importar que contengan otros principios activos, diferentes a los descritos en el Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”, del presente acto administrativo, siempre y cuando comparten la misma indicación de las nutriciones parenterales preparadas, a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC.
4. La fórmula láctea se encuentra cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad, que son hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante.
5. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según la guía de la Organización Mundial de la Salud - OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliaria de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores entre seis (6) veinticuatro (24) meses de edad.
6. La Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC) para uso en pacientes pediátricos de 6 a 59 meses de edad en el manejo nutricional ambulatorio de la desnutrición aguda, moderada y severa según la Resolución 2350 de 2020 o aquella que la adicione, modifique o sustituya.
7. Los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales — APME exclusivamente para uso en el ámbito hospitalario. Los APME financiados con recursos de la UPC deberán cumplir las siguientes condiciones para su prescripción y reconocimiento: a. estar registrado ante el INVIMA con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales; b. contar con concepto favorable vigente como APME, emitido por la Comisión Revisora de la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del INVIMA y c. encontrarse incluido en las tablas de referencia de productos de soporte nutricional dispuesta en la página del Ministerio de Salud y Protección Social, subsitio de la Unidad de Pago por Capitación.

No se financia con cargo a la UPC las nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal o intensificadores de sabor y cualquier otro diferente a lo dispuesto en “LA RESOLUCIÓN”.

Subgrupos de referencia: Cuando en el articulado o en el listado de medicamentos definidos como servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se define un subgrupo de referencia, se deben considerar financiados con recursos de la UPC, todos los medicamentos que contengan los principios activos pertenecientes a dicho subgrupo, según la clasificación internacional ATC, en las concentraciones, formas farmacéuticas y usos que se definen para ellos en el Anexo 1 “Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC”, del presente acto administrativo.

Buenas Prácticas de Prescripción: Durante el proceso de prescripción de medicamentos y siguiendo los parámetros de las Buenas Prácticas de Prescripción, emanadas de la OMS, para la selección de la terapia farmacológica a instaurar, se deberá tener en cuenta, en lo posible y según criterio del médico tratante, el perfil farmacológico, la eficacia y seguridad como un balance riesgo/beneficio, su conveniencia, según las características del paciente, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como Guías de Práctica Clínica (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; informes de formulación, uso y posicionamiento terapéutico o cualquier otro documento definido para la atención en salud de una patología en particular, y la eficiencia de dicho tratamiento farmacológico, entendida como el mejor uso de los recursos, bajo el principio de autorregulación, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía profesional. Para combinaciones a dosis fijas, deberán aplicarse las mismas recomendaciones en su prescripción, frente a los monofármacos por separado, en caso de estar disponibles.

Los actores del sistema de salud de forma coordinada podrán definir, organizar, implementar y monitorear todos los mecanismos y herramientas de gestión de riesgo que se consideren necesarias para apoyar las buenas prácticas de prescripción, adicionales a las que defina este Ministerio. También deberán desarrollar estrategias de mejoramiento, cuando así se requiera.

Concordancia entre la cantidad prescrita de medicamento y la cantidad dispensada: La cantidad de medicamento dispensado, deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito con el fin de asegurar el cumplimiento de la terapia farmacológica instaurada por el médico prescriptor tanto en la posología como en los días totales de tratamiento, en cumplimiento de lo señalado en los artículos 2.5.3.10.18 y 2.5.3.10.19 del Decreto 780 de 2016, sobre obligaciones y prohibiciones del dispensador, respectivamente, o las normas que los modifiquen o sustituyan, evitando en cualquier caso que se dispensen menos cantidades de medicamento a las necesarias para la terapia farmacológica.

1.3.2.5. Dispositivos médicos

Dispositivos médicos: en desarrollo del principio de integralidad establecido en "LA RESOLUCIÓN", la EPS debe garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación) sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en "LA RESOLUCIÓN".

Lentes externos: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato), en las siguientes condiciones:

1. En el Régimen Contributivo:

Se financia con recursos de la UPC una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años de edad, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.

2. En el Régimen Subsidiado:

- a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años de edad, se financian con recursos de la UPC una vez al año, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.
- b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años de edad se financian con recurso de la UPC los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.

No se financia filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Ayudas técnicas: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las siguientes ayudas técnicas:

1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas), para los procedimientos quirúrgicos financiados con recursos de la UPC.

2. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis), para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
 3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros), para los procedimientos financiados con recursos de la UPC.
 4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).
- Están financiados con recursos de la UPC las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo, en los casos en que aplique (incluye entrenamiento de uso), con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

No se financian con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapato ortopédicos.

1.3.2.6 Salud mental

Atención de urgencias en salud mental: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

Psicoterapia ambulatoria para la población general: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja.

Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia: Con cargo a los recursos de la UPC, se financia la psicoterapia ambulatoria para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante.

Atención con internación en salud mental: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, dentro del ámbito de la salud.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

- A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en el servicio de hospitalización parcial según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tiene límites para su financiación con recursos de la UPC.

No será financiada con cargo a los recursos de la UPC, la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud sea una asistencia social o un abandono social.

Atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia: con cargo a los recursos de la UPC se financia la atención con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

- A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

No será financiada con cargo a los recursos de la UPC la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

1.3.2.7 Atención paliativa

Atención paliativa: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 22 de la “LA RESOLUCIÓN”.

1.3.3. Cobertura preferente y diferencial agrupada por ciclos vitales para personas menores de dieciocho (18) años de edad

Restablecimiento de la salud a la población menor de dieciocho (18) años de edad, cuyos derechos han sido vulnerados: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios “LA RESOLUCIÓN”, requeridos para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, hasta que se certifique médicaamente la recuperación de las víctimas; de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1436 de 2011. La EPS deberá diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso.

Protección específica y detección temprana: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las actividades, las tecnologías en salud y los servicios contenidos en “LA RESOLUCIÓN” para la protección específica y detección temprana, según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas menores de dieciocho (18) años de edad para tales efectos, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

1.3.3.1. Atención desde la etapa prenatal hasta los menores de seis (6) años de edad

Atención prenatal: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en “LA RESOLUCIÓN”, que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas con las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atención de la morbilidad neonatal: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en “LA RESOLUCIÓN” para el recién nacido, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización, de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluyen las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo

definido por la normatividad vigente, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atención a hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA: los hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA tienen derecho a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en este acto administrativo, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aunque el diagnóstico de infección por VIH/SIDA sea presuntivo y no haya sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Complementos nutricionales: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes hasta los doce (12) meses de edad que sean hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, según el criterio del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía de la Organización Mundial de la Salud - OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliaria de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores de edad, entre seis (6) y veinticuatro (24) meses.
3. La Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC) para uso en pacientes pediátricos de 6 a 59 meses de edad en el manejo nutricional ambulatorio de la desnutrición aguda, moderada y severa según la Resolución 2350 de 2020 o aquella que la adicione, modifique o sustituya.
4. Los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales — APME exclusivamente para uso en el ámbito hospitalario. Los APME financiados con recursos de la UPC deberán cumplir las siguientes condiciones para su prescripción y reconocimiento:
 - a. estar registrado ante el INVIMA con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales.
 - b. contar con concepto favorable vigente como APME, emitido por la Comisión Revisora de la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del INVIMA.
 - c. encontrarse incluido en las tablas de referencia de productos de soporte nutricional dispuesta en la página del Ministerio de Salud y la Protección Social.

Atención de urgencias: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contienen las tecnologías y servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Atención para la recuperación de la salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad intramural (ambulatoria u hospitalaria) y extramural (domiciliaria), según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar financiados con recursos de la UPC de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general; sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico

general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes y todas las tecnologías en salud y los servicios incluidos en "LA RESOLUCIÓN", para la atención de personas menores de seis (6) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual presuntiva o confirmada.

Atención a personas menores de seis (6) años de edad con trastornos alimentarios: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios de que trata "LA RESOLUCIÓN" para la atención de personas menores de seis (6) años de edad con trastornos alimentarios.

Atención a personas menores con discapacidad: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención en salud, evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud: así como todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", para las personas con discapacidad física, sensorial o cognitiva desde la etapa prenatal hasta menores de seis (6) años.

- Corresponde al profesional tratante determinar el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad y motivo de intervención.

Lentes externos y monturas: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes externos una (1) vez cada año. Siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado la financiación con recursos de la UPC incluye además la montura, hasta por un valor equivalente al 10 % del salario mínimo legal mensual vigente.

La financiación con recursos de la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Atención en cáncer: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención del cáncer en las personas desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años, lo que contempla todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN". Para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS deberá garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Atención paliativa: Las personas desde la etapa prenatal hasta menores de 6 años de edad tienen derecho a la financiación con recursos de la UPC de los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, internación o domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, que incluyen todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", según criterio del profesional tratante.

Atención en salud mental: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", contemplan todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención en salud mental, incluyendo la internación total o

parcial para las personas menores de seis (6) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

- A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC no incluyen la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Psicoterapia ambulatoria: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la Psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal y familiar, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, para las personas menores de seis (6) años, incluidas las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

Atención con internación en salud mental: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación de personas menores de seis (6) años de edad, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

- A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

No será financiada con cargo a la UPC la internación prolongada cuando esta sea por distinta atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

1.3.3.2. Atención a personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad

Atención de urgencias: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC contenidos en “LA RESOLUCION” contempla los servicios y las tecnologías en salud necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud según la normatividad vigente.

Atención para la recuperación de la salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad intramural (ambulatoria u hospitalaria) y extramural (domiciliaria), según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), conforme con los lineamientos de política pública vigentes, necesarios para la recuperación.

ración de la salud de las personas desde seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, además de los previstos para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia y medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Atención del embarazo: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC contenidos en "LA RESOLUCION", incluyen la atención integral de la gestación, parto y puerperio, atenciones en salud ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCION", para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Atención a personas menores con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, con diagnóstico de infección por VIH/ SIDA, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCION" en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aun si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual presuntiva o confirmada.

Atención a personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad con trastornos alimentarios: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para las personas de seis (6) a menores de catorce (14) años de edad, con trastornos alimentarios.

Atención a personas menores con discapacidad: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCION", incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, con discapacidad física, sensorial o cognitiva.

- Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

Lentes y monturas: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC contemplan los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas, así:

1. Para el Régimen Contributivo, se financian con recursos de la UPC una (1) vez cada año para las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco años para las personas mayores de (12) años de edad.
2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se financian con recursos de la UPC una (1) vez cada año. La financiación con recursos de la UPC incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Atención en cáncer: los servicios y tecnologías de salud financiados con los recursos de la UPC, contenidos "LA RESOLUCIÓN", incluyen la atención del cáncer de las personas de seis(6) años a menores de 14 años de edad para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS deberá garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010 modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Atención paliativa: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención de los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de las personas desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 22 de "LA RESOLUCIÓN".

Atención en salud mental: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen todas las tecnologías en salud, los servicios y la hospitalización total o parcial para la atención en salud mental, de las personas desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

- A criterio del profesional de la salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación prolongada cuando no sea por atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Psicoterapia ambulatoria: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, de pareja y familiar, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, para las personas de seis (6) años a menores de 14 años, incluidas las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

Atención con internación en salud mental: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la internación de pacientes de seis (6) años a menores de catorce (14) años, dentro del ámbito de la salud, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) o personas con discapacidad.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

- A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación prolongada cuando no sea por atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

1.3.3.3. Atención para personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad

Atención de urgencias: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", contemplan las tecnologías en salud y los servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Atención para la recuperación de la salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas desde catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Asimismo, dichas personas tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Embarazo en adolescentes: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN" incluyen la atención integral de la gestación, parto y puerperio, las atenciones en salud ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN" para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación

de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Atención a personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aún si el diagnóstico de la infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y servicios para la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual presuntiva o confirmada.

Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad con trastornos alimentarios: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad con trastornos alimentarios.

Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad con discapacidad: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de la salud a las personas con discapacidad de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad.

- Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

Lentes y monturas: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, así:

1. Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada cinco años.
2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se financia una (1) vez cada año. La financiación incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Atención en cáncer: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", contemplan la atención del cáncer en las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, lo que incluye todas las tecnologías en salud y los servicios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020 o aquella que modifique o sustituya.

Atención paliativa: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen la atención de los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", según criterio del profesional tratante salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 22.

Atención en salud mental: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las tecnologías en salud y los servicios para la internación total o parcial de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

- A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Psicoterapia ambulatoria: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, de pareja y familiar, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, para las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, incluidas las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

Atención con internación en salud mental: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la internación de personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años, dentro del ámbito de la salud, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como las víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) o personas con discapacidad.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

- A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recurso de la UPC.

La financiación con cargo a la UPC no financiará la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

1.3.4. Transporte o traslado de pacientes

Traslado de pacientes: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), en los siguientes casos:

1.3.4.1. Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.

1.3.4.2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora, incluyendo, para estos casos, el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

- El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.
- Así mismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

Transporte del paciente ambulatorio: El servicio de transporte (intramunicipal o intermunicipal) en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el área de residencia (rural/urbano) o en el municipio de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

- Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 Puerta de entrada al sistema financiada con recursos de la UPC de "LA RESOLUCION", o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces, no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.

Transporte de cadáveres: la financiación con cargo a la UPC no incluye el transporte o traslado de cadáveres, como tampoco los servicios funerarios.

1.3.5. Otras disposiciones de cobertura:

Reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC: De prescribirse servicios y tecnologías de salud que sean alternativos a los financiados explícitamente con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de los descritos en "LA RESOLUCIÓN", dichos servicios y tecnologías igualmente serán financiados con recursos de la UPC, así no se encuentren explícitamente descritos en los anexos de "LA RESOLUCION", siempre y cuando, cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el INVIMA, o por la respectiva autoridad competente.

Será la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos, por evento o per cápita, en concordancia con las normas especiales vigentes que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos, incluidos en el Régimen de Control Directo de Precios, entre otras.

La información correspondiente a la financiación con recursos de la UPC, para servicios y tecnologías de salud que no se encuentren incluidos y explícitamente descritos en "LA RESOLUCION", a que hace referencia el presente artículo, se deberá reportar

conforme con lo dispuesto en los artículos 7 y 112 de esta resolución, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y surtirá los mismos procesos que los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC.

La financiación con recursos de la UPC a preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis procederá únicamente cuando sean prescritas en cumplimiento con lo dispuesto en “LA RESOLUCION”, cumplan la normatividad vigente aplicable a estas preparaciones y, sean prescritas en los usos establecidos en cumplimiento del parágrafo 3 del artículo 2.8.11.5.3 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Para el reporte de prescripción y dispensación de preparaciones magistrales a base de cannabis por parte de las EPS, se habilitará un tipo de reporte”, el que se encuentra incluido en los criterios, procedimientos, requisitos y obligaciones descritas en la solicitud de información a las entidades promotoras de salud, para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC.

Le corresponde a la IPS donde se realice la prescripción de preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis, de forma coordinada con la EPS informar sobre la utilización de este artículo y entregar oportuna y adecuadamente a la EPS la información correspondiente que permita el diligenciamiento del reporte “Registro tipo 9— Registro de detalle artículo 109 para el reconocimiento de Preparaciones magistrales a base de cannabis, con recursos de la UPC”.

Tanto IPS como EPS deberán mantener actualizados sus correspondientes programas de farmacovigilancia y específicamente en lo correspondiente a la prescripción y uso de preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis, para lo cual deberán estar atentos y dispuestos a la entrega de la información de seguimiento a posibles eventos adversos, a la entidad gubernamental que los solicite, incluyendo al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud — IETS, para el desarrollo de sus procesos de revisión sistemática de evidencia de efectividad y seguridad.

Servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, ordenados por fuera de la red de prestadores de la EPS o de la entidad que haga sus veces:

Cuando un paciente solicite la financiación con recursos de la UPC de algún servicio o tecnología de salud financiado con la UPC, prescrito por un profesional de la salud que no haga parte de la red de la EPS o de la entidad que haga sus veces esta podrá someter el caso a una evaluación médica científica por personal de dicha red, para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la financiación con recursos de la UPC, sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

Concurrencia de servicios y tecnologías de salud, a cargo de otras fuentes de financiación: Cuando se identifiquen casos de financiación parcial o total, por accidentes de trabajo y enfermedad laboral, eventos catastróficos y accidentes de tránsito, Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), y en general, con los contenidos financiados con otras fuentes, el servicio o tecnología de salud deberá ser asumido por dichas fuentes de financiación, de conformidad con la normatividad vigente.

1.3.6. Eventos y servicios de alto costo en el régimen Contributivo y Subsidiado

- Atención integral para el trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multi visceral y córnea.
- Atención integral para la insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
- Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.

- Atención integral para el manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
- Atención integral para la corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
- Atención integral para los reemplazos articulares.
- Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisiatría y terapia física. Se entiende como evento de alto costo del gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:
 - Quemaduras de 2° y 3° grado en más del 20% de la superficie corporal.
 - Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
 - Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
 - Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
 - Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
 - Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.
- Atención integral para el manejo del trauma mayor, entendido este, como el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.
- Atención integral para el diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/ SIDA.
- Atención integral de pacientes con cáncer.
- Atención integral para el manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
- Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades congénitas
- Atención integral para el manejo de enfermedades huérfanas de pacientes inscritos en el registro nacional de enfermedades huérfanas.

1.4. Condiciones para definir las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC Servicios y tecnologías no financiados con recursos públicos asignados a la salud

Sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de “LA RESOLUCIÓN”, en el contexto de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, deben entenderse como no financiados con dichos recursos, aquellos servicios y tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

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

3. Servicios no habilitados en el SGSSS, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos de la UPC, señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 y el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.
6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al artículo 9 de la Ley 1751 de 2015.
7. Tecnologías y servicios excluidos explícitamente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, mediante los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento del procedimiento técnico-científico descrito en la Resolución 318 de 2023.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

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

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

Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el artículo 15 de la ley 1751 de 2015, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.

1.4.1. Servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios

El procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, esto es, 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, es el siguiente:

- El profesional de salud responsable de su tratamiento cuando considere pertinente el uso de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC debe realizar la prescripción a través del sistema integral de información

del Ministerio de Salud y Protección Social llamado MIPRES, que permite diligenciar en línea la solicitud de servicios que hará las veces de fórmula médica.

- El ingreso al aplicativo de reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, está supeditado a la obtención previa de usuario y clave, la cual será solicitada ante este Ministerio de Salud por cada profesional de la salud, quien, para el efecto, deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud — RETHUS; por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, las cuales deberán encontrarse habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS; por las Entidades Promotoras de Salud EPS.

La prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deberá en cualquier caso observar los siguientes requisitos:

1. Que el servicio o la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) cubierta(s) en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC según Resolución 2765 de 2025.
2. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) en el caso de medicamentos o dispositivos o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.
3. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentre definida en la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) en el caso de los procedimientos en salud consignados en la Resolución 2765 de 2025.
4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y palliación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclinico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en el aplicativo.
5. Que la decisión de prescribir un servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC sea consecuente con la evidencia científica disponible. En caso de que existan protocolos, guías y procedimientos desarrollados en el país deberá tomarlos como referencia.
6. Que la prescripción y uso de los medicamentos de la lista denominada UNIRS es responsabilidad del médico tratante y de manera solidaria la IPS. En todo caso deberá mediar el respectivo consentimiento informado por parte del paciente o su representante.
7. Que los servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC no correspondan o tengan propósito cosmético o suntuario, sin evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica, que se encuentren en fase de experimentación, o que requieran ser prestados en el exterior.
8. Consignar de forma expresa en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo posterior para la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Criterios para la prescripción

El profesional de la salud que prescribe servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten su decisión.
2. Comunicar al paciente con claridad, el motivo por el cual no se utiliza el servicio o la tecnología en salud cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así como, los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud no cubiertas por dicho Plan. Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC medicamentos, procedimientos o dispositivos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica de acuerdo con la normativa referida en la Resolución 740 de 2024.
3. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un medicamento, éste debe estar registrado con sus respectivas indicaciones ante el INVIMA o quien haga sus veces. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.
4. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por el Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.
5. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se deberá indicar el procedimiento en el cual se utilizará, cuando haya lugar a ello.
6. Cuando la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar sin excepción la Codificación Única de Procedimientos (CUPS), definida en "LA RESOLUCIÓN" 2706 de 2025, y las normas que las modifiquen, adicione o sustituyan.
7. Diligenciar de forma completa los datos solicitados en el reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
8. La prescripción de medicamentos sin registro sanitario que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles conforme al Decreto 481 de 2004 o la norma que modifique o sustituya, podrá realizarse cuando la vida o seguridad del paciente se encuentren en riesgo inminente a criterio del médico tratante y podrán ser suministrados previa autorización de INVIMA.
9. La prescripción de medicamentos de control especial que no se encuentren financiados con recursos de la UPC debe realizarse de conformidad con la Resolución 1478 de 2006 y la Resolución 315 del 2020 la cual actualizó el listado de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y demás sustancias sometidas a fiscalización, de aquellas clasificadas como monopolio del estado y de los medicamentos de control especial de uso humano y veterinario, y se dictan otras disposiciones.

Prescripciones de servicios o tecnologías complementarias

Cuando el profesional de la salud prescriba alguno de los servicios o tecnologías complementarias, deberá consultar en cada caso particular, la pertinencia de su utilización a la Junta de Profesionales de la Salud que se constituya de conformidad con lo establecido en la normatividad y atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

1. La prescripción que realice el profesional de la salud de estos servicios o tecnologías, se hará únicamente a través del aplicativo MIPRES
2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS, una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo, en el módulo dispuesto para tal fin.
3. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS que cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma.
4. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS que no cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, deberá dar aplicación a lo dispuesto en la Resolución 740 de 2024 y la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.

Prescripciones de producto de soporte nutricional.

Cuando se trate de la prescripción de tecnologías en salud como productos de soporte nutricional y éstos no se encuentren financiados con recursos de la UPC, dichas tecnologías deberán ser prescritas únicamente mediante la herramienta tecnológica MIPRES

1. Las prescripciones de productos de soporte nutricional podrán ser ordenadas por el profesional de la salud en Nutrición y Dietética. Inscrito en el RETHUS siempre y cuando exista una prescripción médica que ordene la valoración por la mencionada profesión.
2. En caso de que el profesional de la salud en Nutrición y Dietética ordene productos de soporte nutricional, o el médico los prescriba directamente en el ámbito ambulatorio. Serán analizados por la Junta de Profesionales de la Salud.
3. En caso de que el profesional de la salud en Nutrición y Dietética ordene tecnologías en salud como productos de soporte nutricional o el médico los prescriba directamente en el ámbito hospitalario serán suministrados sin necesidad de aprobación por la Junta de Profesionales de la Salud.
4. Cuando se trate de prescripciones de productos de soporte nutricional ambulatorio para pacientes con: i) Enfermedades huérfanas, enfermedades raras. Las ultra huérfanas y olvidadas. ii) VIH, iii) Cáncer en cuidado paliativo y iv) Enfermedad renal crónica estadio V cuyos diagnósticos se encuentran confirmados no requerirán Junta de Profesionales de la Salud.
5. La prescripción de un APME (Alimentos de propósitos médicos especiales) por primera vez, se podrá realizar máximo por un (1) mes y deberá acompañarse de un seguimiento para evaluar la necesidad de continuar, suspender o modificar el soporte nutricional instaurado. La prescripción de APME para pacientes que requieren soporte nutricional de forma crónica podrá realizarse máximo por seis (6) meses, después de lo cual el paciente debe ser reevalorado para determinar la necesidad de continuar, suspender o modificar el soporte nutricional instaurado.

Prescripciones de ámbito ambulatorio

Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, en el ámbito de atención ambulatoria deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. Si se trata de una formulación por primera vez la prescripción podrá efectuarse hasta por un término máximo de tres (3) meses. Si la respuesta al tratamiento es favorable, el profesional de la salud determinará la periodicidad con la que se continuará prescribiendo el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.
2. Tratándose de pacientes con enfermedades crónicas, respecto de los cuales se determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de prescripción podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por doce (12) meses. Al término de este período, el profesional de la salud deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no del servicio o de la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
3. Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por el aplicativo web y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud, por lo tanto, el suministro a los usuarios, a cargo de la entidad responsable del asegurado, se debe garantizar con dicha prescripción sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.
4. Sin perjuicio de que la entidad responsable del afiliado, realice el suministro de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, de conformidad con los tiempos definidos en la Resolución 740 de 2024, la prescripción tendrá una vigencia de quince (15) días calendario para el servicio ambulatorio priorizado, y de treinta (30) días calendario para el servicio ambulatorio no priorizado y tratándose de un servicio ambulatorio sucesivo la vigencia será la prescrita por el profesional de la salud. En el caso de procedimientos únicos la vigencia será de 90 días calendario.

De las prescripciones en al ámbito de atención hospitalaria

Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, en el ámbito hospitalario de atención deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. En casos de urgencia vital, la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC podrá efectuarse de forma posterior hasta por un término máximo de 12 horas siguientes a la atención.
2. En caso de servicios hospitalarios con internación, específicamente para el caso de medicamentos o soporte nutricional, en donde exista imposibilidad para el cálculo de la duración y cantidad del tratamiento atribuible a la condición clínica del usuario, la prescripción podrá efectuarse el día del egreso hospitalario contabilizando la totalidad del medicamento o soporte nutricional suministrado. En caso de que la estancia hospitalaria sea prolongada, la prescripción se realizará registrando en el aplicativo lo suministrado cada 8 días calendario.
3. El profesional de la salud deberá registrar en la historia clínica, el plan de tratamiento de forma habitual, y prescribirá en el ordenamiento médico diario el manejo que se requiera realizar.
4. El registro de la prescripción en el aplicativo de que trata la Resolución 740 de 2024, para los casos mencionados en el numeral 2, lo realizará el profesional de la salud responsable del egreso hospitalario.

Disposiciones generales

Responsabilidad de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC:

Requisitos y criterios establecidos en la Resolución 740 de 2024, corresponde a los profesionales de la salud:

1.4.1.1. Prescribir u ordenar las tecnologías en salud o servicios complementarios relacionados en el artículo 1 de este acto administrativo.

1.4.1.2. Reportar la prescripción de forma correcta, oportuna, clara, debidamente justificada con información pertinente y útil de acuerdo con el estado clínico, el diagnóstico y la necesidad del usuario, en la herramienta tecnológica dispuesta para ello.

1.4.1.3. Complementar o corregir la información relacionada con la prescripción en caso de ser necesario.

1.4.1.4. Utilizar correctamente los formularios de contingencia en los casos previstos en el artículo 15 de la presente resolución.

Imposibilidad de acceso y registro en MIPRES. El profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario de contingencia establecido por este Ministerio de Salud y la Protección Social cuando se presenten las siguientes circunstancias que imposibilitan el acceso a la herramienta tecnológica:

1. Dificultades técnicas.
2. Ausencia de servicio eléctrico.
3. Falta de conectividad.
4. Inconsistencias de afiliación o identificación.

El formulario deberá ser entregado a la persona debidamente diligenciado y será equivalente a la orden o fórmula médica. Si la prescripción se realiza por un profesional de la salud que pertenece a una IPS, esta deberá garantizar que dicha prescripción sea enviada y recibida oportunamente por la EPS o entidad adaptada a través del medio más expedito, dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes, contadas a partir de la atención médica inicial. En los casos en que el profesional de la salud que prescribe sea independiente, este será quien realice dicho trámite. La EPS o entidad adaptada deberá realizar la transcripción de la prescripción en el módulo dispuesto para ello en MIPRES, en un término no superior a veinticuatro (24) horas posteriores al recibo de la copia del formulario. Esta podrá realizarse por los profesionales de la salud debidamente autorizados y registrados en RETHUS.

El formulario de contingencia no podrá diligenciarse para solicitar tecnologías o servicios complementarios diferentes a las señaladas en el artículo 1 de este acto administrativo, dispuestas en MIPRES.

La EPS o entidad adaptada no se podrá negar a recibir las prescripciones que se generen a través del formulario de contingencia y, por lo tanto, deberá suministrarlas dentro de los plazos previstos en esta resolución.

Solicitudes de anulación de prescripciones realizadas. En caso excepcional, de requerirse la anulación de una prescripción generada en la herramienta tecnológica, esta sólo deberá ser solicitada por el profesional de la salud que la realizó, inicialmente dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la prescripción inicial, y será verificada por la EPS o entidad adaptada, en un tiempo máximo de cuarenta y ocho (48) horas después de solicitada por el profesional de la salud prescriptor. La anulación siempre se realizará para todos los ítems prescritos dentro de la misma. El profesional de la salud que haya realizado la prescripción y solicite su anulación, manifestará de forma expresa el motivo por el cual se requiere y la EPS o entidad adaptada verificará, previo a efectuar el trámite de anulación por parte de la IPS, que la misma no haya sido suministrada; en caso de que se haya realizado el suministro efectivo, no podrá anularse. En ninguna circunstancia, como producto de una anulación, deberá el paciente solicitar nuevas citas

con el profesional de la salud tratante u otro diferente para realizar una prescripción que sustituya o corrija la que fue anulada. En estos casos será la EPS, entidad adaptada o IPS la que gestione la realización de la nueva prescripción por el profesional de la salud tratante u otro, si llegare a ser necesario.

Es responsabilidad de la EPS o de la entidad adaptada notificar de manera inmediata al profesional de la salud prescriptor, al prestador o proveedor y al usuario el resultado del trámite.

Juntas de Profesionales de la Salud:

Las IPS habilitadas deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud, que será la encargada de analizar y aprobar, atendiendo a criterios médicos, técnicos y de pertinencia, la prescripción mediante MIPRES de servicios complementarios, productos para soporte nutricional prescritos u ordenados en el servicio de atención ambulatorio, medicamentos de la lista UNIRS de que tratan los artículos 38 y 39 de la resolución 740 de 2024, y las tecnologías señaladas en el Anexo Técnico “Listado de Medicamentos Excluidos Explícitamente, que excepcionalmente, podrán ser prescritos por el médico tratante” que hace parte integral del presente acto administrativo.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar otras tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, para que sean analizados y aprobados por la Junta de Profesionales de la Salud, de que trata la presente Resolución bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia.

Cuando se trate de prescripción de pañales y la cantidad requerida para un mes de tratamiento sea igual o menor a 120 unidades contabilizados por usuario, no se requerirá del análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud. La EPS o entidad adaptada deberá controlar el suministro de dichas cantidades de forma mensual.

Cuando el profesional de la salud tratante identifique un afiliado sospechoso de enfermedad huérfana que requiera tratamiento farmacológico según criterios médicos, técnicos y de pertinencia, será la Junta de Profesionales de Salud de la IPS, quien apruebe la prescripción del tratamiento indicado.

La IPS debe realizar la prueba o las pruebas de confirmación diagnóstica, teniendo un plazo máximo de sesenta (60) días para ello a partir de la fecha de prescripción realizada en MIPRES, y proceder luego a notificar el caso confirmado al Registro Nacional de Personas con Enfermedades Huérfanas, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 1139 de 2022 y según el listado de enfermedades huérfanas raras emitido en la Resolución 2625 de 2025. La IPS deberá registrar y reportar al paciente nuevo en el Registro Nacional de pacientes, mediante el mecanismo que este Ministerio disponga para tal efecto, atendiendo las disposiciones contenidas en la Resolución 946 de 2019, o la norma que la sustituya o modifique. La EPS o entidad adaptada realizará el proceso de recobro/cobro ante la ADRES cuando opere, conforme con la normatividad vigente.

Criterios de análisis de la Junta de Profesionales de la Salud.

Para la aprobación de la prescripción de servicios y tecnologías a las que refiere el artículo 17 de la Resolución 740 de 2024, corresponde a la Junta de Profesionales de la Salud tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Que exista correlación entre la prescripción realizada con la condición clínica del paciente.
2. Que la prestación solicitada no cumpla con alguno de los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 ni hacer parte del listado de exclusiones de la Resolución 641 de 2024, salvo que se trate de aquellas incluidas en el Anexo Técnico “Listado de Medicamentos Excluidos Explícitamente que, excepcionalmente, podrán ser prescritos por el médico tratante” que hace parte integral de esta Resolución, para lo cual deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos previstos en este acto administrativo.

3. Tratándose de medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario (UNIRS) o de las tecnologías señaladas en el Anexo técnico “Listado de Medicamentos Excluidos Explícitamente que, excepcionalmente, podrán ser prescritos por el médico tratante” se haya otorgado el consentimiento informado firmado por parte del paciente o su representante.
4. Que exista pertinencia clínica de las cantidades prescritas o de ajustes de las mismas.

Cuando el secretario técnico de la Junta de Profesionales de Salud evidencie error en el diligenciamiento de MIPRES por ser erróneamente dirigida a dicha Junta, cuando no corresponda, incluyendo los fallos de tutela, deberá reportarlo en el correspondiente módulo Junta de Profesionales de la Salud de MIPRES, sin que medie reunión de la junta y sin realizar acta, para que continúe el trámite de direccionamiento y suministro.

La responsabilidad por los posibles desenlaces y complicaciones que se presenten por el uso de estos medicamentos será del médico tratante, y de manera solidaria de la IPS en la que funcione la respectiva Junta de Profesionales de la Salud, que apruebe esa prescripción.

Tiempos de decisión de la Junta de Profesionales de la Salud: La Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá garantizar la decisión de la Junta, en los siguientes términos: Si la prescripción se genera como ambulatoria priorizada, urgencias o en internación institucional o domiciliaria, deberá pronunciarse en un término no mayor a setenta y dos (72) horas siguientes a la solicitud del profesional de la salud. Si la prescripción se genera como ambulatoria no priorizada, deberá pronunciarse dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la solicitud del profesional de salud. Una vez la EPS o entidad adaptada conozca la decisión de la Junta deberá informar al afiliado de su aprobación o no aprobación. A partir del momento en que sea aprobada por la Junta de Profesionales de la Salud, empezarán a correr los tiempos previstos en la presente resolución para la garantía del suministro. Si se reporta por parte del secretario técnico de la junta la no procedencia de la realización de la misma, en los términos del artículo 20 de la presente resolución, la EPS o entidad adaptada deberá informar al afiliado y garantizar el suministro efectivo de dicha prescripción. La EPS o entidad adaptada deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social conforme con lo establecido en este acto administrativo y en los documentos técnicos y manuales disponibles en el enlace: <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx> cuando la IPS responsable de la Junta de Profesionales no cumpla con los tiempos de respuesta establecidos en la presente resolución.

Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta: La IPS responsable de la Junta de Profesionales de la Salud que adoptó la decisión, sin perjuicio del diligenciamiento en físico del acta correspondiente, comunicará a más tardar en 24 horas la decisión adoptada a la entidad responsable del aseguramiento del afiliado por el medio más expedito. La Institución Prestadora de Servicios de Salud, deberá diligenciar en el módulo dispuesto en el aplicativo de prescripción previsto en esta Resolución, dicha decisión para que se genere el respectivo número de prescripción.

Sin perjuicio de tratarse de una prescripción sucesiva de tecnologías, cuando el medicamento esté incluido en el listado UNIRS, siempre deberá existir el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud.

Garantía del suministro de las prescripciones por servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC.

Tiempos de suministro: Las EPS y las entidades adaptadas deberán garantizar el suministro efectivo al afiliado de las tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata este acto administrativo, de acuerdo con la red definida, teniendo en cuenta los siguientes términos:

- **Servicio ambulatorio no priorizado:** dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de la prescripción.
- **Servicio ambulatorio priorizado:** dentro de las veinticuatro (24) horas a partir de la fecha de la prescripción.
- **Atención hospitalaria con internación, domiciliaria o de urgencias:** dentro de un tiempo máximo de veinticuatro (24) horas. Este mismo término aplica respecto de las prestaciones contenidas en el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

El riesgo inminente para la salud del paciente deberá constar en la historia clínica y en la herramienta tecnológica y en ningún caso se podrán generar barreras de acceso al servicio por situaciones administrativas.

Cuando se trate de tecnologías en salud que requieran trámites específicos, como importación, preparaciones especiales, entre otros, deberá garantizarse el suministro en un término prudencial, sin dilaciones, en cumplimiento del principio de oportunidad de que trata el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. En el caso de medicamentos vitales no disponibles, este tiempo no podrá exceder los 45 días calendario después de la autorización por INVIMA. En cualquier caso, deberá garantizarse la continuidad en la prestación del servicio de salud y el suministro del medicamento correspondiente, de tal manera que no se afecte la adherencia al tratamiento y se ponga en riesgo la salud del paciente.

El número de prescripción generado por MIPRES será válido para realizar las entregas hasta por un (1) año de acuerdo con la prescripción realizada, para lo cual el usuario asistirá a una única consulta, salvo la prescripción de los medicamentos de control especial y de monopolio del Estado enunciados en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 315 de 2020 o la norma que la modifique o sustituya, en los términos previstos en el numeral 9.8 del artículo 9 del presente acto administrativo.

Ley techos en salud: El financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud para las prescripciones de servicios y tecnológicas no financiados con cargo a la UPC se rige según la normatividad plasmada en las Resoluciones 1139 del 2022 y 067 del 2025; Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Circular 006 de 2025: Se establecen las instrucciones para el reporte y monitoreo de la prescripción de medicamentos antirretrovirales destinados al tratamiento del VIH. Esta Circular tiene como objetivo garantizar el acceso oportuno y efectivo a estos medicamentos, financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

1.5. PAGOS MODERADORES AÑO 2026

1.5.1. Principios para la aplicación de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras

Accesibilidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población debido a su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

Aplicación general. Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas aplicarán, según corresponda, a los usuarios tanto las cuotas moderadoras como los copagos de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente.

No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio cuotas moderadoras y copagos.

1.5.2. Ingreso base para la aplicación de los pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras

Los pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante, reportado al momento de la prestación de los servicios de salud y conforme a la progresividad en el nivel socioeconómico, es decir que a mayor nivel de ingresos del afiliado será mayor el cobro de copago y cuota moderadora y viceversa.

Cuando existe más de un cotizante por núcleo familiar se tomará el menor ingreso base de cotización, para el cobro de cuotas moderadoras y copagos.

1.5.3. Pagos Moderadores en el Régimen Contributivo

a. Tabla de cuotas moderadoras año 2026

INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC)	CUOTA MODERADORA (\$) (*)
Menor a 2 SMMLV	\$5.000
Entre 2 y 5 SMMLV	\$20.100
Mayor a 5 SMMLV	\$52.800

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

(*) Estos valores serán incrementados el 1° de enero de cada año conforme la normatividad vigente.

Las cuotas moderadoras se cobrarán tanto a **afiliados cotizantes** como **beneficiarios**, para los siguientes servicios:

- Consulta externa general médica y odontológica.
- Consulta externa especializada médica y odontológica.
- Consulta externa por nutrición, optometría, foniatria y fonoaudiología, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional y psicología.
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios.
- Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico ordenados en forma ambulatoria.
- Exámenes de diagnóstico por imagenología correspondientes a radiología general y ecografías, ordenados en forma ambulatoria, excepto cuando hagan parte integral de un procedimiento quirúrgico ambulatorio sujeto al cobro de copago.
- Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando se trate de pacientes clasificados en las categorías de triage IV y V.

La cuota moderadora para medicamentos ambulatorios se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella.

La cuota moderadora para exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico ordenados en forma ambulatoria, se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella.

La cuota moderadora para exámenes de diagnóstico por imagenología correspondientes a radiología general y ecografías ordenados en forma ambulatoria, se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella.

En todo caso, no podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

No aplica el cobro de cuotas moderadoras en los siguientes casos:

- Los grupos poblacionales definidos en el Decreto 1652 de 2022 (ver nota A).
- Los afiliados que deban someterse a prescripciones regulares en los siguientes diagnósticos con sus tratamientos integrales, priorizados por su impacto en la salud de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud:
 - Atención de pacientes con diabetes mellitus tipo I y II.
 - Atención de pacientes con hipertensión arterial.
 - Atención del paciente trasplantado.
 - Atención de pacientes con enfermedades huérfanas y ultra huérfanas.
 - Alteraciones nutricionales en personas menores de 5 años (anemia o desnutrición aguda).
 - Problemas o trastornos mentales.
 - Atención de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica-EPOC.
- Intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, que se especifican a continuación:
 - Intervenciones contenidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
 - Intervenciones que pertenecen a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal.
 - Intervenciones que se relacionan con educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud.
 - Atenciones para las enfermedades transmisibles de interés en salud pública que tienen alta externalidad.

b. Tabla de pagos compartidos o copagos año 2026

INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC)	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO (%)	TOPE MÁXIMO A PAGAR POR EL USUARIO POR EVENTO (\$) (*)	TOPE MÁXIMO A PAGAR POR EL USUARIO POR AÑO (\$) (*)
Menor a 2 SMMLV	11.5%	\$373.715	\$748.882
Entre 2 y 5 SMMLV	17.3%	\$1.497.644	\$2.995.409
Mayor a 5 SMMLV	23%	\$2.995.409	\$5.990.696

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

(*) Estos valores serán incrementados el 1º de enero de cada año conforme la normatividad vigente. Los pagos compartidos o copagos son aplicables únicamente a los afiliados beneficiarios, a todos los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los servicios complementarios identificados en la herramienta tecnológica MIPRES, con excepción de:

- Eventos y servicios de alto costo de acuerdo con la clasificación definida en la normatividad vigente y demás normas concordantes.
- Atención en el servicio de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de triage I, II y III.
- Intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, que se especifican a continuación:

- Intervenciones contenidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Intervenciones que pertenecen a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal.
- Intervenciones que se relacionan con educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Atenciones para las enfermedades transmisibles de interés en salud pública que tienen alta externalidad.
- Los servicios sujetos a la aplicación de cuotas moderadoras.
- Los grupos poblacionales definidos en el Decreto 1652 de 2022 (ver nota A).

Los tratamientos ambulatorios que se realizan en varios tiempos o en sesiones como los procedimientos odontológicos y de terapias para la rehabilitación, estarán sujetos al cobro de un copago por la totalidad del tratamiento. Dicho copago podrá ser cancelado proporcionalmente por cada sesión si así lo solicita el paciente.

1.5.4. Pagos Moderadores en el Régimen Subsidiado

a) Tabla de cuotas moderadoras año 2026

CUOTAS MODERADORAS			
No se cobran cuotas moderadoras en ningún caso.			

b) Tabla de pagos compartidos o copagos año 2026

SISBÉN	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO (%)	TOPE MÁXIMO A PAGAR POR EL USUARIO POR EVENTO (\$) (*)	TOPE MÁXIMO A PAGAR POR EL USUARIO POR AÑO (\$) (*)
GRUPO C	10%	\$651.155	\$1.302.309

(*) Estos valores serán incrementados el 1º de enero de cada año conforme la normatividad vigente.

Los pagos compartidos o copagos son aplicables a los afiliados, para todos los servicios y poblaciones con excepción de:

- Eventos y servicios de alto costo de acuerdo con la clasificación definida en la normatividad vigente y demás normas concordantes.
- La atención de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de triage I, II, y III.
- Intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, que se especifican a continuación:
 - Intervenciones contenidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
 - Intervenciones que pertenecen a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal.
 - Intervenciones que se relacionan con educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud.

- Atenciones para las enfermedades transmisibles de interés en salud pública que tienen alta externalidad.
- Niños durante el primer año de vida.
- Complicaciones derivadas del parto.
- Población grupo A y B del SISBÉN.
- Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en Proceso Administrativo para el restablecimiento de sus derechos, y población perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF.
- Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF.
- Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
- Adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.
- Comunidades indígenas.
- Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad.
- Población habitante de calle.
- Adultos entre 18 y 60 años, en condición de discapacidad, de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.
- Los grupos poblacionales definidos en el Decreto 1652 del 2022 (ver nota A).
- Afiliados de oficio al Régimen Subsidiado clasificados como población grupos A y B.

c) Tabla de cuotas de recuperación año 2026

PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO (%)	CUOTA MÁXIMA POR EVENTO AÑO (*)
10%	246,45 UVB por evento al año (\$2.984.510)

UVB: Unidad de Valor Básico

(*) Estos valores serán incrementados el 1° de enero de cada año conforme la normatividad vigente.

Las cuotas de recuperación son aplicables a los afiliados que reciban atenciones por servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Poblaciones exentas: población indígena, indigente y en situación de desplazamiento.

Gratuidad en salud para la ciudad de Bogotá: de acuerdo con el Decreto 345 de 2008 son beneficiarios del proyecto de gratuidad en salud los niños y las niñas entre uno (1) y cinco (5) años, las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, respecto de:

- Las cuotas moderadoras que se generen por la prestación de servicios de salud no incluidos en el PBS, para la población antes descrita e identificada en los grupos A, B y C del SISBÉN.
- Los copagos que se generen por la prestación de servicios de salud, contemplados en el PBS, para la población antes descrita e identificada en el grupo C del SISBÉN.

NOTA A: GRUPOS POBLACIONALES DEFINIDOS EN EL DECRETO 1652 DE 2022 EXENTOS DEL PAGO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS DE LOS SERVICIOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD

- Menores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el onco-hematólogo pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión.
- Menores de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios.
- Menores de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el literal anterior y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.
- Mayores de 18 años, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas.
- Niños, niñas y adolescentes de SISBÉN grupo A, B y C con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios.
- Niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física y mental, hasta que se certifique médica mente su recuperación.
- Mujeres víctimas de violencia física o sexual, certificadas por la autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física, mental, sin importar su régimen de afiliación, hasta que se certifique médica mente su recuperación.
- Víctimas del conflicto armado interno y las personas de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras que se encuentren registradas en el SISBÉN grupo A, B y C.
- Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido.
- Víctimas de lesiones personales causadas con ácidos o sustancia similar o corrosiva o por cualquier elemento que generen daño o destrucción al entrar o tener contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, respecto de los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas.
- Las personas, incluidos los niños, niñas y adolescentes que hagan uso del derecho a morir con dignidad.
- Los veteranos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de los servicios de salud que se brinden para la recuperación integral de secuelas físicas y psicológicas.
- Las personas que padecen epilepsia a quienes se les garantiza el tratamiento integral de forma gratuita cuando no puedan asumirlo por su condición económica.

1.6 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1.6.1 Conformación de la red

Es el principal medio de orientación para que los afiliados puedan utilizar los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud brindados por **ALIANSALUD EPS**.

A continuación, encontrará la conformación de la red con que cuenta **ALIANSALUD EPS** para la prestación de los siguientes servicios, incluyendo nombre de los prestadores, ubicación geográfica, dirección y nivel de complejidad:

- I. Red de consulta prioritaria.
- II. Red de urgencias.
- III. Centros de atención ambulatoria básica.
- IV. Clínicas y hospitales.
- V. Puntos de dispensación de medicamentos.
- VI. Apoyo diagnóstico y terapéutico.

Esta información puede consultarla de forma actualizada en la página web <https://www.aliansalud.com.co/Paginas/Red-de-prestadores.aspx>

Cuando se trate de la atención inicial de urgencias o de la atención de urgencias en una institución que no sea de la red de **ALIANSALUD EPS**, se aplicará el modelo de atención de servicios descrito para tal fin en este documento (ver mecanismo de acceso a los servicios de urgencias y servicios de urgencias).

Recuerde que para la atención ambulatoria básica usted deberá acudir a la IPS a la cual se encuentra asignado producto de su elección.

1.6.2. Niveles de complejidad de la red

Baja complejidad (nivel I): son aquellas instituciones que se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como también consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad (nivel II): son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son: Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna, Ortopedia y Ginecología, con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad (nivel III): cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como: Neurocirugía, Cirugía Vascular, Neumología, Nefrología, Dermatología, etc., con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el Plan de Beneficios en Salud.

1.6.3. Modificaciones de la red

En caso de presentarse novedades en la red de prestadores de servicios adscritos a **ALIANSALUD EPS** como la inclusión o exclusión de algún prestador a la red adscrita ofrecida a los afiliados al momento de la afiliación, **ALIANSALUD EPS** lo informará por el medio más idóneo.

Si el afiliado no manifiesta interés de desafiliarse por este motivo, dentro de los siguientes 30 días calendario posteriores a la comunicación o al momento de tener conocimiento del cambio, se entenderá su aceptación.

RED DE PRESTADORES PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD AÑO 2026

Fecha de actualización: Febrero / 2026

DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D.C.

I. RED DE CONSULTA PRIORITARIA

BIENESTAR IPS (CORFERIAS)

CI 24D 40 - 13

Lunes a Viernes:

7:00 a.m 7:00 p.m

Sabados 7:00 a.m a 1:00 p.m

Presencial y Telemedicina

BIENESTAR ESPECIALISTAS (CONSULTA DÍA)

CI 69 14 A - 31

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

Lunes a Viernes:

7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Sábado: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

BIENESTAR COLINA (CONSULTA DÍA)

Cr 59 A 136 - 95

Pisos 2 y 3

COLINA CAMPESTRE

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

Lunes a Viernes:

7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Sábado: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

CRUZ ROJA COLOMBIANA (CONSULTA PRIORITARIA)

Av 68 68 B - 31

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

Lunes a Domingo:

7:00 a.m. a 9:00 p.m.

CRUZ ROJA COLOMBIANA (CONSULTA PRIORITARIA)

Av Cr 68 31 - 41 Sur

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

Lunes a Domingo:

7:00 a.m. a 9:00 p.m.

CRUZ ROJA COLOMBIANA (CONSULTA PRIORITARIA)

Av C 134 7 B - 41 Puerta 2

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

Lunes a Domingo:

7:00 a.m. a 9:00 p.m.

FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA NACIONAL FUNDONAL (CONSULTA PRIORITARIA)

CI 50 13 - 50

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

Lunes a Viernes:

7:00 a.m. a 11:00 a.m.

Sábado: 7:00 a.m. a 9:00 a.m.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA (CONSULTA PRIORITARIA)

CI 44 59 - 75

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

Lunes a Viernes:

1:00 p.m. a 6:40 p.m.

Sábado a Domingos:

7:00 a.m. a 12:40 a.m.

y de 2:00 p.m. a 6:40 p.m.

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT (CONSULTA PRIORITARIA)

Cr 4 Este 17 - 50

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

Lunes a Viernes:

7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Sábado: 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

INSTITUTO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS EN ODONTOLOGÍA I.E.C.O (CONSULTA PRIORITARIA ODONTOLÓGICA)

Cr 19 80 - 74

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

Lunes a Domingo:

7:00 a.m. a 9:00 p.m.

DAVITA COLOMBIA

Cr 18 80 - 32 Cons 207

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

Domingo a Domingo: 24 horas

UNIDAD MÉDICA Y DE DIAGNÓSTICO - IPS (CONSULTA PRIORITARIA)

Cr 65 11 - 50

Piso 3 Loc 3-107

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

Lunes a Viernes:

6:30 a.m. a 7:00 p.m.

Sábado: 6:30 a.m. a 1:00 p.m.

II. RED DE URGENCIAS

CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Av Américas 71 C - 29

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

CLÍNICA NUEVA - CONGREGACIÓN DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA

CI 45 F 16 A - 11

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

CRUZ ROJA COLOMBIANA Av Cr 68 68 B - 31 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CLÍNICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ (URGENCIAS EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA) CI 13 68 F - 25 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES Trans 5 L Bis 48 F - 69 Sur NIVEL DE COMPLEJIDAD: II
CRUZ ROJA COLOMBIANA Av Cr 68 31 - 41 Sur NIVEL DE COMPLEJIDAD: I	COMUNIDAD DE HERMANAS HOSPITALARIAS CLÍNICA LA INMACULADA (URGENCIAS EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA) Cr 7 68 - 70 NIVEL DE COMPLEJIDAD: I	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR CI 165 7 - 06 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III
CRUZ ROJA COLOMBIANA Av C 134 7 B - 41 Puerta 2 NIVEL DE COMPLEJIDAD: I		
FUNDACIÓN ABOOD SHAIO (CLÍNICA SHAIO) Dg 115 A 70 C - 75 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III Incluye atención en urgencias pediátricas	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA HOSPITAL UNIVERSITARIO Cr 14 B 1 - 45 Sur NIVEL DE COMPLEJIDAD: III	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO Cr 104 152 C - 50 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II
FUNDACIÓN CARDIO - INFANTIL CI 163 A 28 - 60 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III Incluye atención en urgencias pediátricas		
HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ Cr 52 67 A - 71 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III Incluye atención en urgencias pediátricas - obstétricas	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PERSEVERANCIA Cr 5 33 A - 45 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVÁ CALLE 80 Trans 100 A 80 A - 50 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III
HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR - MEDERI CI 24 29 - 45 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA Diag 39 Sur 3 - 20 Este NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO CI 66 15 - 41 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO Cr 7 40 - 62 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III Incluye atención en urgencias pediátricas - obstétricas	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BLAS Trans 5 Este 19 - 50 Sur NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIA TUNJUELITO Av Caracas 51 - 21 Sur NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**SUBRED INTEGRADA
DE SERVICIOS DE SALUD
SUR E.S.E. -
UNIDAD DE SERVICIOS
DE SALUD MEISSEN**

Cr 18 B 60 G - 36 Sur
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**SUBRED INTEGRADA
DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E. -
UNIDAD DE SERVICIOS
DE SALUD EL TUNAL**

Cr 20 47 B - 35 Sur
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**III. CENTROS
DE ATENCIÓN
AMBULATORIA
BÁSICA**

ODONTOLOGÍA

**BIENESTAR
ESPECIALISTAS**

Cr 69 14 A - 31
6014823315
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
Lunes a Viernes:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

**BIENESTAR
COLINA**

Cr 59 A 136 - 95
Pisos 2 y 3 -
COLINA CAMPESTRE
6014823315
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
Lunes a Viernes:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

**UNIDAD MÉDICA
Y DE DIAGNÓSTICO - IPS**

Cr 65 11 - 50
Piso 3 Loc 3-107
6017427550
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
Lunes a Viernes:
6:30 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado: 6:30 a.m. a 1:00 p.m.

**PROGRAMAS
DE PROMOCIÓN
Y MANTENIMIENTO
DE LA SALUD**

**BIENESTAR
ESPECIALISTAS**

Cl 69 14 A - 31
6014823315
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
Lunes a Viernes:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

BIENESTAR COLINA

Cr 59 A 136 - 95
Pisos 2 y 3 -
COLINA CAMPESTRE
6014823315
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
Lunes a Viernes:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

**UNIDAD MÉDICA
Y DE DIAGNÓSTICO - IPS**

Cr 65 11 - 50
Piso 3 Loc 3-107
6017427550
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
Lunes a Viernes:
6:30 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado: 6:30 a.m. a 1:00 p.m.

**SERVICIOS
MÉDICOS**

**BIENESTAR
ESPECIALISTAS**

Cl 69 14 A - 31
6014823315
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II
Lunes a Viernes:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

**BIENESTAR
COLINA**

Cr 59 A 136 - 95
Pisos 2 y 3 -
COLINA CAMPESTRE
6014823315
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II
Lunes a Viernes:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado: 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

**UNIDAD MÉDICA
Y DE DIAGNÓSTICO - IPS**

Cr 65 11 - 50
Piso 3 Loc 3-107
6017427550
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
Lunes a Viernes:
6:30 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado: 6:30 a.m. a 1:00 p.m.

**IV. CLÍNICAS
Y HOSPITALES**

**CLÍNICA
DEL OCCIDENTE**

Av Américas 71 C - 29
6014068707
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**CLÍNICA DE NUESTRA
SEÑORA DE LA PAZ**

Cl 13 68 F - 25
6012921277 Ext 187-
6012921766
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**CLÍNICA NUEVA
- CONGREGACIÓN DE
DOMINICAS DE SANTA
CATALINA DE SEÑA**

Cl 45 F 16 A - 11
6013274444
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**COMUNIDAD
DE HERMANAS
HOSPITALARIAS
CLÍNICA LA INMACULADA**

Cr 7 68 - 70
6013581200
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**CORPORACIÓN
HOSPITALARIA
JUAN CIUDAD -
HOSPITAL
UNIVERSITARIO
BARRIOS
UNIDOS MEDERI**

Cl 24 29 - 45
6014877070
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**FUNDACIÓN
ABOOD SHAIO
(CLÍNICA SHAIO)**

Dg 115 A 70 C - 75
6015938230-6015938210
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**FUNDACIÓN
CARDIO - INFANTIL**

CI 163 A 28 - 60
6017461616
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**FUNDACIÓN
HOSPITAL
SAN CARLOS**

Cr 12 D 32 - 44 Sur
6013730000 Ext 138-102
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**HOSPITAL
INFANTIL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**

Cr 52 67 A - 71
6012088338
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
NACIONAL
DE COLOMBIA**

CI 44 59 - 75
6014864234
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO**

Cr 7 40 - 62
6013904874
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**INSTITUTO DE
ORTOPEDIA
INFANTIL ROOSEVELT**

Cr 4 Este 17 - 50
6013534000-6013534006
NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

V. MEDICAMENTOS

AIR LIQUIDE COLOMBIA

CI 21 42 - 81
Barrio Quinta Paredes
Lunes a Viernes de:
7:00 a.m. a 5:00 p.m.

**DROGUERÍAS
Y FARMACIAS
CRUZ VERDE**

CI 23 B 66 - 46
Ed de Consultorios
Clínica Colombia
Lunes a sábado de:
7:00 a.m a 9:00 p.m.
Domingos y festivos:
9:00 a.m. a 6:00 p.m.
**Dispensación
de medicamentos
de control especial**

**DROGUERÍAS
Y FARMACIAS
CRUZ VERDE**

Cr 89 A 80 - 14
Lunes a sábado de:
7:00 a.m a 9:00 p.m.
Domingos y festivos:
9:00 a.m. a 6:00 p.m.

**Dispensación
de medicamentos
de control especial**

**LIGA COLOMBIANA
CONTRA EL CÁNCER**

Cr 12 A 77 - 34
Lunes a Viernes de:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

MEDICARTE

CI 93 14 - 16
Loc 1416 Ed Ctro 93
Domingo a Domingo 24 Horas

MEDICARTE

CI 68 16 - 38
Lunes a Viernes de:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

MEDICARTE

Avenida Las Americas 62 - 84
– Locales 1 - 47 y 1 - 48
Lunes a Viernes de:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

MEDICARTE

Cr 58 137 - 18
local 103 - 104
Lunes a Viernes de:
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

**OXÍGENOS
DE COLOMBIA**

Cr 45 A 94 - 35
Lunes a Viernes de:
8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Sábado de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

**VI. APOYO
DIAGNÓSTICO
Y TERAPÉUTICO**

AIR LIQUIDE COLOMBIA

CI 21 42 - 81
Barrio Quinta Paredes
6017424444
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

**ARCOIRIS
DE ESPERANZA S.A.S**

CARRERA 73 NO. 55 -78
6019158910
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

**ASOCIACIÓN
CENTRO DE ATENCIÓN
PARA NIÑOS CON
TRASTORNOS
SENSORIOMOTORES
ACONIÑO**

Cr 45 A 104 B - 06
6012138969
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

**ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE DIABETES**

Dg 39 A Bis 14 - 78
6017440888
3157515698
3162389714
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA PROFAMILIA SEDE CENTRO PARA JÓVENES Cr 15 34 - 47 6013390951 Ext 951- 6013390900 Ext 109 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CARDIONET CI 93 23 - 37 Cons 604 6016353527 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CERASES - CENTRO SEMILLAS DE ESPERANZA CI 140 B 96 - 72 3175156113 NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA PROFAMILIA SEDE CENTRO PILOTO CI 34 14 - 52 6013390900 Ext 105 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CENTRO AUDIOLÓGICO ESPECIALIZADO Cr 19 C 86 - 30 Cons 207 6016168026 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CERASES - CENTRO SEMILLAS DE ESPERANZA Cr 64 A 4G - 40 6017023755-6017023768 NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA PROFAMILIA SEDE KENNEDY Av 1 de Mayo 38 - 41 Sur 6012997868-6014546403 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ Cr 16 82 - 29 6015314346 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III	CLÍNICA DEL OCCIDENTE Av Américas 71 C - 29 6014068707 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III
ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA PROFAMILIA SEDE QUIRIGUA CI 80 Bis 94 K - 40 6012276834-6014401214 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CENTRO DE ESPECIALISTAS EN UROLOGÍA CEUSA Cr 16 84 A - 09 6016108291-6016217017 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CLÍNICA NEUROREHABILITAR CI 79 29 C - 35 6017462085 NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
AUDIOCOM Cr 14 75 - 76 Piso 4 - 5 6017420904 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CENTRO DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN DE DEFICIENCIAS AUDITIVAS CINDA CI 35 17 - 24 6015104341 6015106499 6015103829 NIVEL DE COMPLEJIDAD: I	CLÍNICA NUEVA CONGREGACIÓN DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA CI 45 F 16 A - 11 6013274444 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III
BOSTON MEDICAL CAR (SOLO CUIDADO DE HERIDAS) CI 127 19 A - 28 Cons 602 - 603 6012749424-6012749426 NIVEL DE COMPLEJIDAD: I	CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC CI 8 Sur 31 A - 31 6017209046 NIVEL DE COMPLEJIDAD: I	CONSULTORIO MEDICINA DE LA ENERGÍA - MEDINER Cr 28 C 84 - 34 3144036690 NIVEL DE COMPLEJIDAD: I
	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN DE COLOMBIA Cr 54 65 - 25 NIVEL DE COMPLEJIDAD: II	CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO BARRIOS UNIDOS MEDERI CI 24 29 - 45 6014877070 NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**CORPORACIÓN
SÍNDROME DE DOWN**

CI 119 A 70 - 48

6016249811

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

COUNTRY SCAN

Cr 16 84 A - 09

6016449200

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

CRUZ ROJA COLOMBIANA

Av 68 68 B - 31

6014281111 Ext 121-122

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

CRUZ ROJA COLOMBIANA

Av Cr 68 31 - 41 Sur

6014281111 Ext 121-122

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**CRUZ ROJA
COLOMBIANA**

Av C 134 7 B - 41 Puerta 2

6014281111 Ext 121-122

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

DAVITA COLOMBIA

Av Cr 127 20 - 78 Cons 202

6012941400 Opc 1-5

Sede Horizonte Ext 4180

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

DAVITA COLOMBIA

Av Cr 68 68 B - 31

6012941400 Opc 1-4

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

DAVITA COLOMBIA

CI 10 18 - 75

6012941400 Opc 1-3

Sede Sur San José Ext 4174

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**DAVITA COLOMBIA
CLÍNICA OCCIDENTE**

Av CI 6 71 C - 29 Piso 1

6012941400 Opc 1-2

Sede Occidente Ext 4135

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

ENFETER

CI 116 9 - 72 Cons 601

6014894224

6014894223

6014894225

Ext 1103-1104-1105

-1110-1125-1112

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

**ESENCIAL IPS
CENTRO EXCELENCIA
DE CUIDADOS EN SALUD**

CI 42 13 A - 11

6017022855

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**FAMI CARE
CLÍNICA DIA**

CI 86 A 23 - 19

6017461630

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

FISIORAD

Cr 21 87 - 85 Barrio Polo

6013002433

3196470624

3133122549

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

FORJA EMPRESAS

Cr 12 71 - 32 Of 302

6018856668

6018611837

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**FUNDACIÓN ABOOD
SHAIQ (CLÍNICA SHAIQ)**

Dg 115 A 70 C - 75

6015938230-6015938210

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**FUNDACIÓN
APRENDER
A VIVIR**

Cr 71 53 - 52

3103330027-3103884990

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

**FUNDACIÓN
CARDIO - INFANTIL**

CI 163 A 28 - 60

6017461616

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**FUNDACIÓN
HOSPITAL
SAN CARLOS**

Cr 12 D 32 - 44 Sur

6013730000 Ext 138-102

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**FUNDACIÓN
LIGA CONTRA
LA EPILEPSIA**

CI 35 17 - 48

6012320296-6012455717

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**FUNDACIÓN
NEUMOLÓGICA
COLOMBIANA**

Cr 13 B 161 - 85

6017428888

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

GRUPO CISNE S.A.S.

CI 173 A 65 - 85

6014761333 - 3153287500

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

GRUPO CISNE S.A.S.

Cr 80 172 A - 69

6014761333 - 3153287500

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

GRUPO CISNE S.A.S.

Tv 58 104 B - 32

6014761333 - 3153287500

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**GRUPO EMPRESARIAL
SALUD POSITIVA**

Cr 21 83 - 52

6017954600-3174381675

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

**HACES INVERSIONES
Y SERVICIOS**

Cr 49 B 91 - 34

6016102877-6016102981

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

HOME SALUD

CI 89 21 - 30

6016350935

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

HOSPITAL INFANTIL**UNIVERSITARIO****SAN JOSÉ**

Cr 52 67 A - 71

6012088338

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

HOSPITAL**UNIVERSITARIO****NACIONAL DE COLOMBIA**

CI 44 59 - 75

6014864234

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

HOSPITAL**UNIVERSITARIO****SAN IGNACIO**

Cr 7 40 - 62

6013904874

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

INSTITUTO DE**DIAGNÓSTICO****MÉDICO IDIME**

CI 77 20 C - 34

6012128099 Ext 132

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

INSTITUTO**DE ESTUDIOS****CIENTÍFICOS EN****ODONTOLOGÍA I.E.C.O**

Cr 19 80 - 74

6016350054

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

INSTITUTO DE**ORTOPEDIA INFANTIL****ROOSEVELT**

Cr 4 Este 17 - 50

6013534000-6013534006

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

JCH ADVANCE

Cr 18 80 - 32 Cons 212-214

3142245638

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

LIGA COLOMBIANA**CONTRA EL CÁNCER**

Cr 12 A 77 - 34

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

LITOMÉDICA

Cr 13 49 - 40

6012851754-6012883109

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

MD DIAGNÓSTICOS

Av Cr 20 85 A - 45

6016915119

6012123360

6013475447

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

MEDICARTE

CI 83 16 A - 44 L 402

ED CIMA

6017456670

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

Sede exclusiva para
administración de
medicamentos a usuarios
de PROGRAMAS ESPECIALES**MEDIPORT**

CI 97 23 - 37 Piso 8 Cons

801-804

6017463713

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

MEDTRONIC COLOMBIA

Av Cl 116 7 - 15 Of 1101

Piso 11

6017427300

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

MESSER COLOMBIA S.A.
AGENCIA REMEO CENTER
BOGOTÁ

Ak 14 40 A - 04

018000124242

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

MESSER COLOMBIA S.A.
AGENCIA REMEO CENTER
BOGOTÁ

Ak 14 40 A - 04

018000124242

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

OXÍGENOS**DE COLOMBIA**

Cr 45 A 94 - 35

6017052000-3186305009

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

PASSUS IPS**TALLER PSICOMOTRIZ**

Cr 20 118 - 76

6013161699

NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

PASSUS IPS**TALLER PSICOMOTRIZ**

CI 142 16 A - 52

6013161699

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

PASSUS IPS**TALLER PSICOMOTRIZ**

CI 5 A 71 B - 27

6013161699

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

PROGRAMA**MADRE CANGURO****INTEGRAL****LTDA**

CARRERA 7 # 40-62 Piso. 6

6012874690

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

RADIOTERAPIA**ONCOLÓGICA MARLY**

Cr 9 49 - 20

6012451989-6012878154

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

RESONANCIA**MAGNÉTICA****DEL COUNTRY**

Cr 16 A 82 - 37

6016449200

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

RIESGO**DE FRACTURA**

Cr 12 98 - 38

6015922991

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

RTS

Cr 14 A 163 A - 98

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

**SALUD
Y ACOMPAÑAMIENTO
INTEGRAL AMBULATORIO
Y DOMICILIARIO - SAIAD**
CI 119 A 70 - 15
6017026848
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**SAN LUIS UNIDAD
DE CRONICOS Y
PALIATIVOS S.A.S**
CI 127 B 45 - 92
6012583209
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

**SERVICIOS
MÉDICOS**
VITAL HEALTH
Cr 30 17 - 70
6017447462
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

**SERVICIOS
OFTALMOLOGICOS
OFTALMOCENTER**
CI 97 23 - 37 Cons 307
6013558700
6017513449
6018136432
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**SISTEMAS
DE TERAPIA
RESPIRATORIA**
CI 134 BIS 18 - 44
6015282227 Ext 109
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**SOCIEDAD
DE ENFERMERAS
PROFESIONALES**
Cr 18 140 - 53
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

**SOLUCIONES
Y ASISTENCIA
EN SALUD**
Cr 56 128 - 93
6014007708
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

SUPERAR
Cr 19 63 - 36
6012126678-6014454393-
3103340911-3108739506
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

TE ALIVIAMOS S.A.S
Cr 48 101 A - 09 Piso 1
6012108751
NIVEL DE COMPLEJIDAD: I

**UNIDAD
DERMATOLÓGICA
DE FOTOTERAPIA**
CI 93 B 13 - 92
Cons 202
6012566374-6012563347
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

UNIVER PLUS
Cr 48 98 - 81 Piso 5
6017425666
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

UNIVER PLUS
Cr 18 93 -25 Ed Centro
Inverpor Cons 103-305
6017425666
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

UNIVER PLUS
Cr 7 B BIS 132 - 38
Edificio Forest Medical Center
Cons 702-709
6017425666
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

UROBOSQUE
CI 134 7 B - 83
Cons 1001 Ed el Bosque
6016482254-6016483954
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

Asistencia Aliansalud EPS 
Bogotá
601-756 80 00
Resto del país
01 8000 123703
www.aliansalud.com.co

1.7. Mecanismos de acceso a los servicios médicos

El usuario puede acceder a los servicios de consulta médica general, consulta especializada, consulta prioritaria, consulta odontológica, consulta con otros profesionales de la salud como enfermería, psicología, nutrición, optometría, terapias, laboratorio clínico, apoyo diagnóstico y suministro de medicamentos ambulatorios, directamente en el componente primario en la IPS donde solicito su asignación, respetando los criterios de puerta de entrada definidos en la normatividad y siguiendo los procesos de referencia y contrarreferencia.

Los servicios de salud prestados en la IPS primaria comprenden todas las actividades, intervenciones y procedimientos encaminados a la promoción y mantenimiento de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud que se encuentran contemplados dentro del Plan de Beneficios en Salud, así como lo definido en las RIAS.

El usuario debe presentarse en la IPS primaria para la atención médica por lo menos 30 minutos antes de la hora programada para la cita, para realizar los trámites administrativos.

La cancelación de citas deberá realizarse a través de los canales de atención de la IPS donde este programada, con una antelación mínima de 12 horas con el fin de dar oportunidad a otras personas que puedan necesitarlas.

Los servicios programados manejados en las IPS primaria, son tramitados internamente por la misma IPS, sin necesidad de desplazamiento del usuario hacia la EPS, cumpliendo con los tiempos definidos por la normatividad y diferenciando los servicios definidos como "prioritarios" por parte del médico tratante, 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.

Los tiempos definidos para la entrega de las autorizaciones médicas a la población especial "Niños, niñas, adolescentes menores de 18 años, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, población adulta mayor de 60 años, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad" es de 2 días calendario.

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general u odontología general, enfermería profesional o psicología. Conforme al sistema de referencia y contrarreferencia definido por la EPS y por la normatividad vigente. Los menores de 18 años, personas en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

La información de ubicación y canales de comunicación con las IPS, se encuentran publicadas en la página web www.aliensalud.com.co esta información se actualiza periódicamente o según ocurran cambios.

Mediante las líneas de Asistencia Aliansalud en Bogotá 601-7568000 o Línea nacional 01 8000 123703 el afiliado puede consultar los canales de contacto con su IPS primaria.

Recuerde actualizar sus datos de contacto, teléfono fijo, celular, correo electrónico y siempre que cambie de domicilio notifíquelo a la EPS.

1.7.1. Mecanismos específicos de acceso a los servicios de salud

a. Urgencias y servicios derivados de urgencias

- Acceso directo a la Red de prestadores. La información sobre la red de prestadores se encuentra publicada y actualizada en la página web de ALIANSALUD EPS, www.aliensalud.com.co
- En la IPS hospitalaria el profesional de salud encargado hace la clasificación de la urgencia – TRIAGE -. De acuerdo con esta clasificación se presta la atención inicial de la urgencia.

- La clasificación de la urgencia – TRIAGE – no puede ser un limitante para la prestación del servicio solicitado.
- Por ningún motivo, la IPS puede sujetar la atención del paciente a la presentación de carné de la EPS. El documento de identidad se considera suficiente para acreditar la afiliación del usuario.
- Los pacientes que se clasifiquen en el TRIAGE como prioridad 1, 2 o 3 no deben pagar en la IPS cuota moderadora por atención en el servicio de urgencias.
- Los pacientes clasificados como triage (4 y 5) pagarán cuota moderadora por la atención por cuanto no se trata de una consulta de urgencias sino consulta prioritaria. La IPS informa al usuario el tiempo de espera para la atención y podrá derivar este servicio a la IPS primaria donde el usuario está asignado.
- Para esta clasificación de triage, (4 y 5) Aliansalud tiene dispuesta la red de consulta prioritaria o consulta médica no programada a través de la IPS primaria. Esto permite resolver situaciones de salud que no son críticas pero que requieren pronta atención.
- Si la institución es adscrita a ALIANSALUD EPS, el proceso de autorización de urgencia y servicios derivados de urgencia es realizado directamente por la institución vía internet a través de la oficina virtual ingresando por la página web de ALIANSALUD EPS www.aliansalud.com.co o telefónicamente. En este caso la institución se comunicará a través de los siguientes números: Bogotá 601-7568000 o Línea 01 8000 123703, desde el resto del país. Las dos vías funcionan 24 horas del día los 7 días de la semana.
- Si la institución no es adscrita a ALIANSALUD EPS, el proceso de autorización de urgencias y servicios derivados de urgencia es solicitado directamente por la institución vía telefónica a los números de contacto: Bogotá 601-7568000 o Línea 01 8000 123703 estas líneas se encuentran publicadas en la página web de Aliansalud EPS. La atención telefónica funciona 24 horas del día, 7 días de la semana.

Clasificación de la Urgencia – TRIAGE

Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en el servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo según resolución 5596 de 2015 o demás normas que la modifiquen:

- **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 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 treinta (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 recibe la atención correspondiente.
- **Triage V:** el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

- Cuando se trate de Urgencias no se requerirá de ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumple la función de gestión de servicios (Ley Estatutaria 1751 de 2015).

b. Consulta prioritaria

- Acceso directo en la IPS de atención primaria.
- Se debe realizar el pago de la cuota moderadora según su nivel.
- La oportunidad para la atención en consulta prioritaria será según el volumen de usuarios que se encuentren en espera.
- Si las condiciones del paciente ameritan la remisión a una IPS de segundo o tercer nivel para continuar su atención la IPS primaria llevará a cabo el procedimiento de referencia del paciente.
- Hasta que se lleve a cabo el traslado, el paciente permanecerá en el servicio con monitoreo permanente por el personal asistencial de la IPS primaria.
- Si el paciente requiere manejo ambulatorio, el médico tratante hará solicitud de autorización de servicio(s) de salud que considere necesario(s) e identificará si el(los) servicio(s) es (son) o no prioritario(s).
- La IPS tramitará internamente la autorización de dichos servicios de acuerdo con la prioridad definida por el médico tratante, 2 días calendario si es prioritario o 5 días calendario si no lo es.
- Los medicamentos derivados de la consulta prioritaria pueden ser reclamados directamente en las farmacias 24 horas que hacen parte de la red de Aliansalud EPS. La ubicación, nombre y dirección se encuentran publicadas en la página de Aliansalud.
- Cuando los servicios médicos solicitados sean de manejo ambulatorio deberán ser radicados a través de los canales de la IPS primaria. Esta IPS contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.
- Los tiempos definidos para la entrega de las autorizaciones médicas a la población especial “niños, niñas, adolescentes menores de 18 años, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, población adulta mayor de 60 años, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad” es de 2 días calendario.
- Cuando los servicios médicos solicitados no sean de acceso directo en la IPS primaria, el usuario podrá radicar estas solicitudes en la EPS a través de la oficina virtual ingresando por la página web www.aliansalud.com.co. De acuerdo con lo definido por el médico tratante, la EPS contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.

c. Consulta medicina general

- El servicio se solicitará a través de los canales de comunicación de la IPS primaria.
- La oportunidad en asignación de citas será de 3 días hábiles, contados a partir de la solicitud.
- Se debe realizar el pago de la cuota moderadora según su nivel.
- Si el paciente requiere manejo ambulatorio, el médico tratante hará la solicitud de autorización de servicio(s) de salud que considere necesario(s) e identificará si el(los) servicio(s) es (son) o no prioritario(s).
- La IPS tramitará internamente la autorización de dichos servicios de acuerdo con la prioridad definida por el médico tratante, 2 días calendario si es prioritario o 5 días calendario si no lo es.
- Los tiempos definidos para la entrega de las autorizaciones médicas a la población especial “niños, niñas, adolescentes menores de 18 años, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, población

adulta mayor de 60 años, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad" es de 2 días calendario.

- Los medicamentos derivados de la consulta pueden ser reclamados directamente en las farmacias que hacen parte de la red de Aliansalud EPS, la ubicación, nombre y dirección se encuentran publicadas en la página de Aliansalud.
- Cuando los servicios médicos solicitados sean de manejo ambulatorio deberán ser radicadas a través de los canales de la IPS primaria, para dar respuesta, la IPS de atención básica contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.
- Cuando los servicios médicos solicitados no sean de acceso directo en la IPS primaria, el usuario podrá radicar estas solicitudes en la EPS a través de la oficina virtual ingresando por la página web www.aliansalud.com.co con la calificación que dé el médico tratante. La EPS contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.
- Si el caso amerita interconsulta con el especialista y la especialidad es prestada en la IPS primaria, el paciente programa su valoración directamente allí. En caso, contrario el servicio es remitido por la IPS primaria al prestador de la Red de Aliansalud EPS.

d. Consulta pediatría

- Acceso directo para niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.
- El servicio se solicitará a través de los canales de comunicación de la IPS primaria.
- Las citas serán asignadas en los términos que señale el MINSALUD. La oportunidad en asignación de citas será de 5 días calendario, contados a partir de la solicitud.
- Se debe realizar el pago de la cuota moderadora según su nivel.
- Si el paciente requiere manejo ambulatorio, el médico tratante hará solicitud de autorización de servicio(s) de salud que considere necesario(s) para su manejo.
- La IPS primaria tramitará internamente la autorización de dichos servicios (electivos) generando la respuesta a 2 días calendario.
- Si el caso amerita interconsulta con especialista y la especialidad es prestada en la IPS primaria, el paciente programa su valoración directamente allí. En caso contrario, el servicio es remitido por la IPS básica al prestador de Red de Aliansalud EPS.
- Los medicamentos derivados de la consulta pueden ser reclamados directamente en las farmacias que hacen parte de la red de Aliansalud EPS, la ubicación, nombre y dirección se encuentran publicadas en la página de Aliansalud.
- Cuando los servicios médicos solicitados no sean de acceso directo en la IPS primaria, el usuario podrá radicar estas solicitudes en la EPS a través de la oficina virtual ingresando por la página web www.aliansalud.com.co. La EPS generará respuesta en 2 días calendario.

e. Consulta Odontología

- El servicio se solicitará a través de los canales de comunicación de la IPS primaria.
- La oportunidad en asignación de citas será de 3 días hábiles, contados a partir de la solicitud.
- Se debe realizar el pago de la cuota moderadora según su nivel.
- El odontólogo determinará la necesidad de higiene oral para complementar el tratamiento.
- Los beneficiarios deberán cancelar el valor del copago correspondiente al tratamiento definido por el odontólogo

- El odontólogo tratante solicitará la autorización de servicio(s) que considere necesario(s) para el manejo del paciente e identificará si el(los) servicio(s) es (son) o no prioritario(s).
- La IPS tramitará internamente la autorización de dichos servicios programados (electivos), de acuerdo con la prioridad definida por el odontólogo tratante, 2 días calendario si es prioritario o 5 días calendario si no lo es.
- Cuando los servicios odontológicos solicitados no sean de acceso directo en la IPS primaria, el usuario podrá radicar estas solicitudes en la EPS a través de la oficina virtual ingresando por la página web www.aliansalud.com.co. La EPS contará con 2 días calendario, si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria, según lo definido por el odontólogo tratante.

f. Consulta especializada

- El paciente debe ser remitido por médico general, médico pediatra, médico obstetra, médico familiar u odontólogo general.
- Las citas de medicina especializada serán asignadas en los términos que señale el MINSALUD.
- Si la especialidad es prestada en la IPS primaria, el paciente programa su valoración directamente allí. En caso contrario, el servicio es remitido por la IPS primaria al prestador de Red de Aliansalud EPS.
- Tratándose del servicio en la IPS primaria el paciente programa la cita con la IPS a través de los canales de comunicación definidos por esta.
- El día de la cita debe presentarse 30 minutos antes de la hora programada para el pago de la cuota moderadora según su nivel.
- El médico especialista solicitará la autorización de los servicios médicos que considere necesarios para el manejo del paciente e identificará si son o no prioritarios.
- Si el paciente requiere manejo ambulatorio, el médico especialista solicitará la autorización de servicio(s) de salud que considere necesario(s) e identificará si el(los) servicio(s) es (son) o no prioritario(s).
- La IPS tramitará internamente la autorización de dichos servicios (electivos) de acuerdo con la prioridad definida por el médico especialista, 2 días calendario si es prioritario o 5 días calendario si no lo es.
- Los tiempos definidos para la entrega de las autorizaciones médicas a la población especial “niños, niñas, adolescentes menores de 18 años, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, población adulta mayor de 60 años, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad” es de 2 días calendario.
- Si el servicio se presta a través de la red de Aliansalud EPS el paciente deberá llevar la respectiva autorización del servicio generada por la IPS primaria, la cual hace las veces de documento de referencia, con los datos clínicos y los resultados de las ayudas diagnósticas necesarias para la atención.
- El pago de la cuota moderadora según el nivel del usuario podrá ser realizado directamente en la IPS primaria.
- El paciente debe solicitar la cita con la IPS indicada en la autorización, a través de los canales de comunicación del prestador.
- El paciente debe presentarse 30 minutos antes de la hora programada para realizar el pago de la cuota moderadora según su nivel.
- El médico especialista valora al paciente. Si no requiere ayudas diagnósticas u otras interconsultas, diligencia el formato de contrarreferencia e indica al afiliado regresar con su médico tratante a la IPS primaria y entrega el resultado de la valoración para continuidad del tratamiento.

- Si el paciente requiere manejo ambulatorio, el médico especialista solicitará la autorización de servicio(s) de salud que considere necesario(s) e identificará si el(los) servicio(s) es (son) o no prioritario(s).
- Cuando los servicios médicos solicitados sean de manejo ambulatorio deberán ser radicados a través de los canales de la IPS primaria. Esta contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.
- Cuando los servicios médicos solicitados no sean de acceso directo en la IPS primaria, el usuario podrá radicar estas solicitudes en la EPS a través de la oficina virtual ingresando por la página web www.aliansalud.com.co. La EPS contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria, según lo definido por el médico tratante.

g. Consulta en los programas de promoción y mantenimiento de la salud

El Plan de Beneficios en Salud cubre las tecnologías en salud para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, acogido por la Ruta Integral de Atención en Salud:

- Primera infancia e infancia
- Adolescencia y Juventud
- Adulterz y vejez
- Acceso directo en la IPS primaria.
- El servicio se solicitará a través de los canales de comunicación de la IPS primaria.
- Esta consulta está exenta de pago de cuota moderadora.
- El profesional de la salud identificará la finalidad de la consulta y hará la solicitud de los servicios que considere necesarios para el manejo del paciente.
- La IPS tramitará internamente la autorización de dichos servicios, de acuerdo con la prioridad definida por el médico tratante, 2 días calendario si es prioritario o 5 días calendario si no lo es.
- Los tiempos definidos para la entrega de las autorizaciones médicas a la población especial “niños, niñas, adolescentes menores de 18 años, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, población adulta mayor de 60 años, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad” es de 2 días calendario.
- Los medicamentos derivados de la consulta pueden ser reclamados directamente en las farmacias que hace parte de la red de Aliansalud EPS.
- Cuando los servicios médicos solicitados sean de manejo ambulatorio deberán ser radicados a través de los canales de la IPS primaria. La IPS primaria contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.
- Cuando los servicios médicos solicitados no sean de acceso directo en la IPS primaria, el usuario podrá radicar estas solicitudes en la EPS a través de la oficina virtual ingresando por la página web www.aliansalud.com.co. La EPS contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria, según lo definido por el médico tratante.

h. Exámenes simples - Laboratorio clínico o imágenes radiológicas simples

- Deben ser ordenados por médico general, especialista, odontólogo o profesional de promoción y mantenimiento de la salud.
- Si son ordenados por profesionales de las IPS primaria, el tratante hará solicitud de autorización de servicio(s) que considere necesario(s) e identificará si el(los) servicio(s) es (son) o no prioritario(s).

- La IPS tramitará internamente la autorización de dichos servicios, de acuerdo con la prioridad definida por el médico tratante 2 días calendario si es prioritario o 5 días calendario si no lo es.
- Si la orden es emitida por un prestador de la red externa, deberá ser radicada a través de los canales de la IPS primaria. Esta contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.
- Los tiempos definidos para la entrega de las autorizaciones médicas a la población especial “niños, niñas, adolescentes menores de 18 años, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, población adulta mayor de 60 años, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad” es de 2 días calendario.
- Los exámenes de laboratorio requieren cita previa la cual deben ser solicitada a través de los canales de comunicación de la IPS. La toma de muestra se realiza de lunes a sábado en el horario establecido en cada IPS primaria.
- Las imágenes diagnósticas deben ser solicitadas a través de cita con el proveedor indicado en la autorización, quien informará la posible preparación para la toma del (los) examen(es).
- La entrega de resultados varía según prestador y tipo de examen: puede ser personal, por correo electrónico o descarga por la oficina virtual de la IPS.
- Con el resultado del examen, el afiliado debe solicitar cita con el médico tratante para la continuidad del tratamiento.
- El afiliado cancelará al proveedor el valor de la cuota moderadora o copago según el caso.

i. Exámenes especializados

- Deben ser ordenados por médico general, especialista u odontólogo de la red del Plan de Beneficios.
- Si son ordenados por profesionales de las IPS primaria, el tratante hará solicitud de autorización de servicio(s) que considere necesario(s) e identificará si el(los) servicio(s) es (son) o no prioritario(s).
- La IPS tramitará internamente la autorización de dichos servicios, de acuerdo con la prioridad definida por el médico tratante 2 días calendario si es prioritario o 5 días calendario si no lo es.
- Si la orden es emitida por un prestador de la red externa, deberá ser radicada a través de los canales de la IPS primaria, para dar respuesta, la IPS primaria contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.
- Cuando los servicios médicos solicitados no sean de acceso directo en la IPS primaria, el usuario podrá radicar estas solicitudes en la EPS a través de la oficina virtual ingresando por la página web www.aliansalud.com.co. La EPS contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria, según lo definido por el médico tratante.
- En todos los casos el paciente se comunicará con el proveedor indicado en la autorización con el fin de acordar la cita para la prestación del servicio y las condiciones de preparación correspondientes a este.
- El afiliado pagará al proveedor el valor de la cuota moderadora o copago directamente en el prestador, según el caso.
- La entrega de resultados varía según prestador y tipo de examen: puede ser personal, por correo electrónico o descarga por la oficina virtual de la IPS.
- Con el resultado del examen, el afiliado debe solicitar cita con el médico tratante para la continuidad del tratamiento.

j. Consulta con otros profesionales de la salud - Nutrición, Optometría, Terapias

- Debe ser ordenada por médico general o especialista.
- Si la orden es emitida por un prestador de la red externa, deberá ser radicada a través de los canales de la IPS primaria, para dar respuesta, la IPS primaria contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.
- El servicio se solicitará a través de los canales de comunicación de la IPS primaria.
- Se debe realizar el pago de la cuota moderadora según su nivel.
- Para el caso de terapias, el paciente será evaluado en una consulta inicial con la fisioterapeuta, en la cual se define plan de terapias. El copago se cancelará de acuerdo con el plan instaurado y número de sesiones.
- En todos los casos el profesional deberá diligenciar el formato de contrarreferencia y dirigir al afiliado con su médico tratante para continuidad del tratamiento según corresponda.
- El afiliado con el resultado de la interconsulta solicitará el respectivo control.

k. Tratamientos ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos electivos

- Deben ser ordenados por médico de la red de prestadores de Aliansalud EPS
- El médico tratante hará solicitud de servicio(s) de salud que considere necesario(s) e identificará si el(os) servicio(s) es (son) o no prioritario(s).
- Cuando los servicios médicos solicitados sean de acceso en la IPS primaria deberán ser radicadas a través de los canales de esta. La IPS primaria contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria.
- Cuando los servicios médicos solicitados no sean de acceso directo en la IPS primaria, el usuario podrá radicar estas solicitudes en la EPS a través de la oficina virtual ingresando por la página web www.aliansalud.com.co. La EPS contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria, según lo definido por el médico tratante.
- El usuario podrá recibir la autorización en la cuenta de correo electrónico que suministre con la radicación o descargarla por la página web. La EPS contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria, o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria, según lo definido por el médico tratante. Para pacientes pertenecientes a una población especial contará con 2 días calendario para su respuesta.
- En todos los casos el paciente se comunicará con el proveedor para la programación del procedimiento y las condiciones de preparación de este.
- El paciente beneficiario pagará al proveedor el valor del copago según su nivel y según las condiciones normativas vigentes.

I. Medicamentos

- Los medicamentos formulados por los médicos de las IPS primaria y/o proveedores externos de la red de la EPS serán entregados en las farmacias contratadas por Aliansalud EPS.
- Las órdenes de medicamentos que requieran autorización de la EPS deberán ser radicados a través de la oficina virtual, ingresando por la página web www.aliansalud.com.co, o en la oficina de atención al usuario de manera presencial. La EPS contará con 2 días calendario si es una solicitud prioritaria o 5 días calendario si la solicitud no es prioritaria, según lo definido por el médico tratante.
- El usuario podrá recibir la respuesta a la cuenta de correo electrónico que suministre con la radicación o descargar la autorización ingresando por la oficina virtual de la página web de Aliansalud.

- Para la entrega de medicamentos derivados de una urgencia en horario no hábil, el afiliado podrá dirigirse directamente a la farmacia de disponibilidad 24 horas publicadas en la página web de Aliansalud EPS.
- La fórmula tiene una vigencia de 30 días (1 mes) a partir de la fecha de su emisión por parte del médico tratante.
- Los medicamentos para tratamiento de enfermedades de alto costo serán autorizados por la EPS. El médico tratante define si la autorización del medicamento debe ser prioritaria, a 2 días calendario, o no prioritaria en 5 días calendario.
- Cuando se trate de pacientes con enfermedades crónicas, el médico tratante podrá ordenar tratamientos para 90 días, caso en el cual, con la misma fórmula la farmacia dispensará mensualmente la cantidad correspondiente, hasta completar el tratamiento ordenado.
- El paciente pagará en la farmacia el valor correspondiente a la cuota moderadora, según las condiciones normativas vigentes.
- En el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos, las EPS deberán disponer del mecanismo necesario para que en un lapso no mayor a 48 horas se coordine y garantice su entrega en el lugar autorizado por el usuario.

m. Servicios de alimentación, habitación y/o transporte mujeres víctimas de la violencia y sus hijos e hijas

- Estos servicios se cubrirán cuando la mujer o sus hijos (as) sean víctimas de violencia física o psicológica, y el profesional de salud los recomiende o exista una orden de las autoridades competentes como comisarios de familia del lugar donde ocurrieron los hechos. Si en el municipio no hay comisario de familia, podrá ordenarlos el Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal. En los casos que lleguen a la fiscalía general de la Nación será el Juez de Control de Garantías. Una vez recibida la orden de medidas cautelares, la EPS dará respuesta en máximo 3 días hábiles, contactando a la víctima e indicándole el lugar donde se le brindaran las medidas cautelares.
- La fiscalía general de la nación definirá el término de las medidas cautelares, que deben corresponder a la duración del tratamiento y hasta por un término de 6 meses, prorrogables por un periodo igual.
- La ubicación de las víctimas será reservada para garantizar su protección y seguridad.

n. Vigencia de las órdenes de servicios

- Para las prescripciones del Plan de Beneficios en Salud se cuenta con una vigencia para prestaciones de 60 días calendario y para medicamentos de 30 días calendario.

1.7.2. Condiciones para la verificación de derechos

Por ningún motivo la IPS podrá sujetar la atención a la presentación de carné de la EPS toda vez que la presentación del documento de identidad será suficiente para la atención. Al afiliado no se le exigirán copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

Nota: todos los servicios (salvo excepciones expresas) y el modelo de atención enunciados en los literales anteriores, rigen con los mismos criterios y bajo la misma normatividad tanto para usuarios afiliados al Régimen Contributivo, como para aquellos que por efectos de movilidad se encuentren amparados bajo el Régimen Subsidiado.

1.7.3. Portabilidad Nacional en Salud

¿Qué es la portabilidad?

Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud.

¿Quiénes tiene derecho a la portabilidad?

Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.

¿Para qué es la portabilidad?

Para garantizar a los afiliados el acceso a los servicios de salud, en un municipio diferente a aquel donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS de atención primaria.

¿En qué casos opera la portabilidad?

- **Emigración ocasional:** cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un período no mayor de un (1) mes. En este evento, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias, deberán brindarles la atención de urgencias, así como la atención posterior que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS. La atención solicitada no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una urgencia.
- **Emigración temporal:** cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde diferente al domicilio de afiliación.
- **Emigración permanente:** cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor. Si la emigración temporal supera los doce (12) meses, esta se considerará permanente, debiendo el afiliado y/o su núcleo familiar trasladarse de EPS, o solicitar una prórroga por un año más si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.
- **Dispersión del núcleo familiar:** cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar fija su residencia en un municipio distinto a aquel en donde se realizó la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud. En este caso se tendrá derecho a la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde vaya a residir el miembro del grupo familiar, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.

¿Cómo se radica la solicitud de portabilidad?

En todos los canales será indispensable la entrega de información clara y completa sobre su solicitud.

Debe ingresar a través de la oficina virtual: www.aliansalud.com.co/portabilidad

A la línea de asistencia 601-756 8000 Bogotá y resto del país, mediante la línea gratuita 01 8000 123703 o acercándose a nuestra oficina de atención.

¿Qué debe contener la solicitud de portabilidad?

La solicitud deberá contener como mínimo la siguiente información:

- (i) Nombre e identificación del afiliado.
- (ii) El municipio receptor.
- (iii) Tiempo por el cual va a vivir en otra ciudad, si lo tiene definido.
- (iv) IPS en donde habitualmente lo atienden en su lugar de residencia.
- (v) Dirección geográfica y/o dirección electrónica.

Recuerda que si tú y los demás miembros de tu grupo familiar cambian de municipio de residencia a uno diferente a Bogotá deben trasladarse de EPS. Esto se debe a que Aliansalud solo cuenta con autorización de funcionamiento para operar en Bogotá.

1.8. Lineamientos Presunción de Donación de Órganos

¿Quién puede ser donante de órganos y tejidos?

Todos podemos ser donantes.

Solo en el momento en que la persona fallece se determina si es apto para convertirse o no en donante, previo a lo cual se verifica ante el Instituto Nacional de Salud, la existencia o no de oposición a la presunción legal de donación, de acuerdo con la ley 1805 de 2016.

En vida se puede donar un órgano par o tejido de acuerdo con las condiciones clínicas y legales establecidas. La donación de órganos no tiene límite de edad, en el caso de los menores de edad, estos pueden ser donantes por consentimiento de los padres.

¿Por qué es importante la donación de órganos?

Es importante la donación de órganos para salvar la vida y mejorar la calidad de vida de las personas que necesitan un trasplante de órganos y/o tejidos, quienes pueden acceder a él sin importar sexo, religión o condición económica. La donación es un acto de solidaridad de la sociedad que se devuelve a la misma sociedad, a las personas enfermas que lo necesitan, por tanto, así exista alta tecnología en este campo sin la donación no es posible la realización de procedimientos de trasplante.

¿La donación y el trasplante de órganos tienen algún costo?

Las personas que necesitan de algún tratamiento de trasplante de órganos y/o tejidos, pueden acceder a él sin importar sexo, religión o condición económica. El trasplante de riñón, hígado, corazón, córnea y médula ósea están contemplados en el Plan de Beneficios.

Los costos que se generan son por el mantenimiento del donante, extracción de órganos y/o tejidos y trasplante de estos; el órgano o tejido no tiene ningún costo.

¿Cómo puedo ser donante?

Lo más importante es informar a los familiares sobre la voluntad de ser donante para que al momento de su fallecimiento se informe su decisión y se respete. Así mismo, puede manifestar su voluntad de ser donante adquiriendo el Carné Único Nacional de Donantes, en un trámite virtual con el Instituto Nacional de Salud.

¿Qué es la presunción legal de donación?

En Colombia, según la ley 1805 de 2016, se presume que es donante cuando la persona durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos después de su fallecimiento.

¿Por qué medio puedo manifestar mi voluntad de no ser donante?

Presentando al Instituto Nacional de Salud (INS) una declaración de voluntad autenticada ante notario público, la cual puede ser radicada en físico, correo electrónico o a través de la página web del INS.

Expresar la negativa a ser donante al momento de afiliarse a una EPS y/o Entidades Administradoras del Plan de Beneficios.

¿Qué debo hacer si deseo cambiar la voluntad de donación?

Debe contactar a través de los canales telefónicos o virtuales del Instituto Nacional de Salud.

¿Dónde puedo obtener más información?

Ministerio de Salud y Protección Social (Bogotá) www.minsalud.gov.co/donacion

Correos: crtrasplantes@ins.gov.co Teléfono: 301-4587769

Dirección: Carrera 13 N° 32 – 76

Instituto Nacional de Salud www.ins.gov.co / contactenos@ins.gov.co

Línea gratuita nacional, 24 horas: 01 8000 11 34 00

Teléfono Bogotá: 601- 2 20 77 00 ext. 1703 o 601- 2 2009 25.

Dirección: Avenida Calle 26 N° 51 – 20. Oficina B-240

CAPÍTULO 2.

DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE DE ALIANSALUD EPS

Todo afiliado o paciente de ALIANSALUD EPS, 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:

2.1. 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 autorizado 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, carnet 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 los principios y elementos del derecho fundamental a la salud previstos en el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

2.2. 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 cobrársele 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.

2.3. 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 antelación, 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 objeta.

- 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 decisiones relacionadas 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 el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 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 él envío será gratuito.

2.4. 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 previsibles 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 4º 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 las poblaciones contempladas en el artículo 2.1.5.1.1 del Decreto 780 de 2016.

2.5. 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 reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

2.6. A la asistencia religiosa

- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profese o si no profesa culto alguno.

2.7. Consideraciones Especiales para las Personas Menores de 18 años de Edad

- Todo recién nacido quedará afiliado al sistema desde su nacimiento y será inscrito en la EPS de la madre, incluso cuando el padre esté inscrito en otra EPS o en un Régimen Especial o de Excepción, salvo en los casos de fallecimiento de la madre al momento del parto, evento en el cual quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a su cargo el cuidado personal o tenga su custodia.
- La afiliación se efectuará con base en el registro civil de nacimiento o en su defecito, con el certificado de nacido vivo.
- Cuando la madre ostente la calidad de beneficiaria, el recién nacido se inscribirá como un beneficiario más del núcleo familiar. Una vez afiliado el recién nacido, si el padre tiene la calidad de cotizante al régimen contributivo éste podrá tramitar la novedad de inclusión como su beneficiario después del primer mes de vida. Esta disposición también aplicará cuando el padre pertenezca a un régimen de excepción o especial, si éstos permiten la afiliación del menor.
- No se aplicarán las disposiciones que restringen el Plan de Beneficios en Salud, cuando la falta de suministro del servicio médico afecta los derechos a la salud, a la integridad física y a la vida los niños y las niñas.
- Se debe tener en cuenta que el concepto del médico tratante no adscrito a la EPS resulta vinculante por: valoración inadecuada, ausencia de valoración médica por los profesionales correspondientes o si ya se han aceptado conceptos del médico externo.
- Se brindarán los servicios de salud de manera pronta y oportuna sin dilataciones injustificadas.

- Atención especial y especializada a los menores de edad.
- Acceso a tratamiento integral, en lo posible en las mismas instituciones y con los mismos profesionales, a menos que haya cambio de diagnóstico que implique cambio de tratamiento.
- Las cuotas recuperadoras o pagos moderadores, copagos o cuotas moderadoras, no pueden ser una barrera de acceso para la prestación del servicio médico en menores.
- No se puede negar la aplicación de vacunas a niños y niñas.
- Conciencia de protección. Las entidades y las personas deben proteger el derecho fundamental a la salud y su derecho a la vida en condiciones de calidad y dignidad.
- Derecho a la salud de los niños y niñas, víctima de violencia física, psicológica y/o sexual. Se deberá dar atención inmediata de urgencias, y dar aviso inmediato a las autoridades competentes. Se deberá proporcionar todos los servicios de atención médica, psicológica y/o psiquiátrica que se requiera, hasta que se certifique médicaamente su recuperación.
- Los hijos adoptivos y los menores en custodia legal tendrán derecho a ser incluidos en el núcleo familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes o a los terceros a quienes se haya otorgado la custodia conforme a las normas legales.
- Tratándose de los niños y niñas con discapacidad estos deben gozar plenamente de sus derechos en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.

2.8. Derecho a la Atención Especial y Preferencial en Adultos Mayores

Se consideran adultos mayores, a las personas de 60 años y más.

- Desarrollo integral, protección física, mental y social, promoviendo hábitos y comportamientos saludables, relacionados con el autocuidado, la alimentación sana y saludable, el cuidado del entorno y el fomento de la actividad física.
- Disfrutar los servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia.
- La asignación de las citas de odontología general y medicina general no podrán exceder de (3) tres días hábiles contados a partir de la solicitud, salvo que la persona solicite de manera expresa un plazo diferente.
- Para las citas de medicina especializada se deberán tener agendas abiertas para su asignación en la totalidad de los días hábiles del año y no negarse a recibir la solicitud de cita ni a fijar la fecha de la consulta requerida.
- Cuando el profesional tratante defina un término para la consulta especializada, especialmente en diagnóstico presuntivo o confirmatorio de cáncer, la EPS deberá agotar los medios posibles para asignar la cita dentro de los términos.
- Si la entrega de medicamentos se realiza de manera incompleta la EPS debe coordinar y garantizar su entrega en un lapso no mayor a (48) horas en el lugar de trabajo o residencia, si el beneficiario o el cuidador así lo autoriza.
- Disponer por parte de la EPS de una ventanilla preferencial con la respectiva señalización. Los funcionarios de las oficinas deberán atender, orientar, acompañar, gestionar y responder de forma clara, veraz y oportuna las solicitudes que presenten por los diferentes canales de comunicación de la entidad.
- Contar con la garantía de la participación individual o a través de las organizaciones, en el diseño, elaboración y ejecución de programas y proyectos que se relacionen con ellos.
- La EPS debe garantizar la continuidad en los tratamientos médicos de las personas adultas mayores, sin que sea posible su interrupción por razones administrativas o económicas.
- Las oficinas de atención al usuario deberán contar con la infraestructura requerida para la atención de las necesidades de los adultos mayores, eliminando las barreras arquitectónicas que existan y garantizar el fácil acceso a ellas cuando estén ubicadas en

edificaciones de varios niveles, mediante la implementación de ascensores o rampas en condiciones de seguridad y con observancia de las normas legales.

- La oficina de atención al usuario debe disponer de sillas señalizadas como preferencial para uso exclusivo de la población adulta mayor.
- La EPS debe garantizar la atención domiciliaria, cuando la persona adulta mayor por su condición física o mental no esté en condiciones de desplazarse a recibir la prestación de los servicios de salud.
- Garantizar la atención en los servicios de urgencias a la persona adulta mayor brindando un trato preferencial, ágil y humanizado.

2.9. Derechos de las Personas en Condición de Discapacidad

- Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.
- A todas las personas en condición de discapacidad les deben ser garantizados sus derechos fundamentales en un marco de dignidad humana, igualdad y no discriminación, libertad, autonomía, privacidad e intimidad y de libre desarrollo de la personalidad.
- Las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud deberán:
- Garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios.
- Deberán establecer programas de capacitación a sus profesionales y empleados para favorecer los procesos de inclusión de las personas con discapacidad.
- Garantizar los servicios de salud en los lugares más cercanos posibles a la residencia de la persona con discapacidad, incluso en las zonas rurales, o en su defecto, facilitar el desplazamiento de las personas con discapacidad y de su acompañante.
- Establecer programas de atención domiciliaria para la atención integral en salud de las personas con discapacidad.
- Eliminar cualquier medida, acción o procedimiento administrativo o de otro tipo, que directa o indirectamente dificulte el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad.
- Brindar la oportunidad de exámenes médicos que permitan conocer el estado del feto en sus tres primeros meses de embarazo, a madres de alto riesgo, entendiendo por alto riesgo madres o padres con edad cronológica menor a 17 años o mayor a 40 años. Madres o padres con historia clínica de antecedentes hereditarios o en situaciones que el médico tratante lo estime conveniente.

2.10. Derechos en Salud Sexual y Reproductiva

- Tomar decisiones correctas con respecto al cuerpo y disfrutar de una vida sexual libre, sana y segura es derecho de todos. Para garantizar esto existen los derechos humanos, dentro de los cuales se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, y Colombia es uno de los estados que se han comprometido con su promoción y cumplimiento.
- Gracias a estos derechos, todas las personas tienen libertad para si quieren tener hijos o no, el número, el momento indicado; también permiten obtener información para elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces y asequibles; buscan la eliminación de la violencia doméstica y sexual; posibilitan servicios de atención a la salud adecuados para embarazos y partos sin riesgos y acceso a programas de promoción y prevención de todas las situaciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

- A continuación, conozca cuáles son sus derechos sexuales y reproductivos y que se busca con cada uno:

Derecho a la vida:

- Busca prevenir las situaciones de peligro o riesgo de muerte relacionada con la vida sexual, el embarazo, el parto o abortos forzados y/o realizados en condiciones inseguras. De igual forma, la eliminación de cualquier forma de violencia sexual como acceso carnal violento, acoso y esclavitud sexual.

Derecho a la libertad:

- Derecho a decidir libre, responsablemente y según su propia conciencia acerca del ejercicio de la sexualidad y el control de su fertilidad. Esto abarca el derecho a decidir si se quiere o no tener relaciones sexuales, cuándo, con quién y cómo; a expresar y ejercer su preferencia sexual, elegir su pareja y estado civil, y la posibilidad de optar o no por intervenciones médico-quirúrgicas que afecten el desarrollo sexual. También involucra la elección de optar o no por ser padre o madre, qué tipo de familia conformar, cuándo y cuántos hijos tener o no tener, la utilización o no de métodos anticonceptivos y proconceptivos.

Derecho a la integridad personal: física, psíquica y social:

- Derecho a vivir libre de torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes. Busca eliminar toda violencia de género, doméstica y sexual, así como las intervenciones médicas no consentidas, la mutilación genital, la ausencia de consentimiento informado para la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, y la esterilización o fecundación forzada.

Derecho a la seguridad:

- Derecho a un entorno laboral, social, familiar y personal seguro, sin miedos, libre de amenazas o temores. Busca garantizar que todas las personas puedan vivir libres de acoso, violación o abuso sexual; con la protección del Estado frente a tales violaciones.

Derecho a la intimidad y a la confidencialidad:

- Derecho al trato humano sin prejuicios frente a las decisiones y prácticas sexuales, y a obtener respeto, protección y confidencialidad de la información por parte de las instituciones de salud, con respecto a la vida e historia sexual y reproductiva.

Derecho a la igualdad:

- Derecho a ser tratado por igual, con los mismos beneficios y posibilidades, independientemente del sexo, orientación sexual, edad, etnia o estado civil. Esto implica la no discriminación y el respeto por la diferencia.

Derecho a la educación e información:

- Derecho al acceso a servicios de consejería, prevención y atención. A recibir información científica oportuna y suficiente, acorde con edad, sus condiciones y necesidades.
- Se busca promover autoconocimiento, autoestima, construcción de identidad sexual en el marco del respeto y la equidad para la toma de decisiones asertivas, libres y responsables.

Derecho al ejercicio de la maternidad y la paternidad responsables:

- Derecho a decidir si se desea o no ser padre o madre, decidir cuántos hijos se quiere y puede tener, el tiempo entre cada hijo y, fundamentalmente, el derecho a acceder a los diversos métodos de regulación de la fecundidad.

Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo:

- El derecho a la salud sexual y reproductiva incluye la interrupción voluntaria del embarazo IVE, de conformidad con lo dispuesto por la Corte Constitucional en la

Sentencia C-055 de 2022, es decir, hasta la semana 24. Con posterioridad a la semana 24 solo se podrá proceder con la IVE en los siguientes casos:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida extrauterina.
3. Cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial, de transferencia de óvulo fecundado no consentido, o de incesto.

De acuerdo con la Resolución 051 del 12 de enero de 2023 el Ministerio de Salud y Protección Social dispone las consideraciones para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

En cuanto a las garantías mínimas que se deben asegurar para la atención de la IVE, la resolución detalla las siguientes:

- Información oportuna, suficiente y adecuada.
- Accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud.
- Derecho a decidir de manera libre: Las menores de edad pueden decidir la interrupción voluntaria del embarazo autónomamente sin que sea necesaria la autorización de terceros.
- Deber de confidencialidad.
- Derecho a la intimidad.

La reglamentación prevé varias consideraciones entre las cuales se destacan:

- Adoptar la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en las condiciones previstas por la Corte Constitucional en las Sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018, C-055 de 2022 y Resolución 051 de 2023 y modificar el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.
- Para el caso de niñas y adolescentes, se debe brindar toda la información necesaria por parte de los profesionales de la salud, sin que sea necesaria la autorización de terceros.
- Las mujeres y personas gestantes con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas o antecedentes psiquiátricos no necesitan de una evaluación por parte de psiquiatría para dar su consentimiento en la atención de la IVE.
- Menores de 14 años pueden interrumpir voluntariamente su embarazo sin requerir la autorización de sus padres o tutores legales.
- El término mujer incluye niñas y adolescentes, y el término personas gestantes incluye a toda persona con capacidad biológica de quedar en embarazo y atravesar el proceso de gestación, lo que abarca, hombres transgénero, transmasculinidades, personas no binarias o personas intersexuales, sin excluir otras identidades de género.
- La atención en salud y los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo están exentos de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con lo previsto en el Decreto 1652 de 2022.
- El plazo máximo de atención en salud es de hasta cinco (5) días calendario contados a partir de la manifestación de la IVE.

2.11. Garantía del derecho a la salud de las personas trans

Comprende las necesidades de atención en salud de las personas trans en Colombia, para mejorar la calidad en la prestación, equidad y la transparencia en un escenario con enfoque diferencial, evitando cualquier forma de discriminación y la promoción del trato digno, de conformidad con los principios de accesibilidad, aceptabilidad, no discriminación, pro-persona, trato digno, equidad y disponibilidad.

Esta actividad comprende la focalización poblacional de las personas trans que presentan características particulares, sociales, culturales, étnicas, económicas y/o físicas, por las cuales presentan mayor exposición a vivir situaciones de discriminación, pobreza y vulneración a su derecho fundamental a la salud.

Se consideran grupos poblacionales focalizados los siguientes:

- Persona víctima de conflicto armado
- Persona en situación de habitabilidad de calle
- Pertenencia étnica
- Personas con discapacidad
- Personas migrantes
- Personas privadas de la libertad
- Personas gestantes
- Infancias y adolescencias trans
- Personas trans mayores
- Personas trans con VIH/SIDA
- Trabajadoras y trabajadores sexuales

2.12. Línea para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, sus familias y comunidades en caso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal

La reglamentación brinda herramientas a los diferentes actores del Sistema de Salud para cuidar la salud mental de la persona gestante, sus familias y comunidades que se encuentran en proceso de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.

Las personas gestantes, sus familias y comunidades deberán recibir atención integral en el marco de los siguientes derechos:

- Recibir atención integral, adecuada, veraz, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores, creencias y su condición de salud. Esto deberá incluir la atención pertinente culturalmente, en coordinación con los actores que la mujer, persona gestante, familia o comunidad prefieran para recibir apoyo.
- Recibir una comunicación asertiva por parte del equipo de salud, mediante el uso de un lenguaje claro, fácil de comprender, pertinente, accesible y a tiempo, acorde con las costumbres étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada persona con capacidad de gestar.
- Recibir un trato respetuoso y sin discriminación, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión. Para lo anterior, será necesario el desarrollo de capacidades para el fortalecimiento de competencias del personal de salud relacionadas con la comunicación asertiva, atención humanizada, respetuosa, compasiva y sin discriminación.
- A que sea reconocida su identidad de género y cómo quieren ser nombrados o con qué pronombre femenino o masculino, en el momento de la atención.
- Recibir información de la posibilidad de solicitar el cuerpo del neonato sin vida o los restos del nasciturus sin vida (en cualquier semana de la gestación), para sus honras fúnebres u otros rituales familiares y culturales propios.
- Conocer los requisitos y el procedimiento para solicitar el cuerpo o los restos gestacionales derivados de la pérdida gestacional, perinatal y neonatal cuando así lo soliciten expresamente, sin tener obstáculos administrativos.

- A que les sea entregado el cuerpo del neonato sin vida o los restos del nasciturus sin vida (en cualquier semana de la gestación), para sus honras fúnebres u otros rituales familiares y culturales propios, o actos relacionados con las creencias religiosas, culturales, intenciones conmemorativas y de conservación de recuerdos si media solicitud de la mujer, siempre y cuando no exista un riesgo de infección o contaminación con agentes biológicos, químicos o radiactivos en dicho material biológico. Este proceso es de carácter voluntario
- Recibir información sobre los procedimientos, alternativas y trámites de la atención médica en casos de pérdida gestacional, perinatal y neonatal.
- A que se le garantice el proceso de consentimiento informado con claridad, assertividad, oportunidad, cantidad y calidad suficiente, a lo largo de todo el proceso de atención en salud en casos de duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal.
- A No ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención hospitalaria.
- A que se les garantice un ambiente de protección e intimidad durante todas las fases de prepardo, parto, recuperación y alojamiento hospitalario, los cuales serán parte de un programa de atención al duelo perinatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud, para estos casos.
- A que no se divulgue información no autorizada por la mujer o persona gestante, su familia comunidad.
- Acceder de manera efectiva a sus derechos en igualdad de condiciones, sin importar pertenencia étnica, condición socioeconómica, sexo, identidad de género, orientación sexual, religiosa, o lugar de procedencia o condición migratoria.
- Recibir una atención que responda a sus necesidades, creencias y cosmovisión.
- Recibir la atención en salud de manera imparcial.
- Ser consideradas (las personas gestantes, sus familias y comunidad) como sujeto de derechos y de protección especial, de modo que se garantice su participación en la toma de decisiones, atendiendo su condición de salud.
- Recibir información sobre las causas, efectos y manejo del duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal, con información clara, apropiada y suficiente por parte del personal de salud, basada en evidencia científica segura, efectiva y actualizada. En caso de grupos étnicos con lengua propia, se deberá disponer de una persona interprete o traductor, y el Talento Humano en Salud que brinde la información deberá tener siempre presente el respeto por los saberes y prácticas propias de las diferentes culturas.
- Recibir atención por Talento Humano en Salud formado en abordaje y acompañamiento del duelo por pérdida gestacional, perinatal y neonatal teniendo en cuenta el enfoque diferencial, interseccional, género e interculturalidad.
- Elegir recibir la atención en un lugar donde no tengan contacto con otras personas en gestación, trabajo de parto, parto o posparto y en las mejores condiciones posibles teniendo en cuenta su derecho y el de su familia a la intimidad.
- Contar con un espacio que permita intimidad y favorezca despedirse durante el tiempo que determine el protocolo establecido por la institución prestadora de servicios de salud, para realizar un rito si fuese su elección. A recibir atención psicológica y psicosocial, particularmente desde el sector salud, en el marco de la educación para la salud, entrenamiento en habilidades para la vida o participación en grupos de apoyo o de ayuda que le sea entregada la placenta por los actores del sistema de la salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto cuando así lo deseé y lo solicite, según sus costumbres, creencias o prácticas mutua (de acuerdo con la disponibilidad en los territorios).
- Recibir el material biológico, para facilitar la realización de rituales culturales, siempre y cuando no exista un riesgo de infección o contaminación con agentes biológicos, químicos radiactivos en dicho material biológico y se tenga en cuenta.

- Decidir sobre el manejo más apropiado de los restos derivados de la pérdida gestacional, una vez sean informados adecuadamente de los aspectos legales y sanitarios, en la medida en que es ella quien pueden dar o negar el consentimiento para las intervenciones y disposición de los productos del embarazo fallido. Las personas pueden desear y manifestar la realización de honras fúnebres u otros rituales familiares y culturales propios e inhumación, pudiendo disponer el lugar y ritos para el entierro o cremación conforme a sus creencias religiosas, culturales, intenciones conmemorativas y de conservación de recuerdos.
- Permanecer en compañía de su pareja o familiar con el cuerpo del nascitrus sin vida o neonato sin vida, si la persona gestante así lo decide, en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar la elaboración del proceso de duelo, durante el puerperio inmediato.
- A que su nascitrus sin vida o neonato sin vida sea llamado por el Talento Humano en Salud de la manera con la que la mujer o persona gestante se sienta más cómoda.

2.13. Derechos de los cotizantes

Los afiliados que sean cotizantes tienen derecho a:

- Solicitar cambio de adscripción a la IPS de servicios ambulatorios.
- Afiliarse con todo el grupo familiar a una sola EPS.
- Hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
- A los padres. Cuando ambos cónyuges, compañeros o compañeras permanentes, incluidas las parejas de mismo sexo, tengan la calidad de cotizantes, se podrá inscribir en el núcleo familiar a los padres que dependan económicamente de uno de los cónyuges, compañeros o compañeras permanentes y no tengan la calidad de cotizantes, en concurrencia con los beneficiarios, los cuales quedarán inscritos con el otro cotizante.
- A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del cotizante que no estén pensionados y dependan económicamente de este.
- Cuando los cónyuges, compañeros o compañeras permanentes, incluidas las parejas del mismo sexo de un mismo núcleo familiar, tengan la calidad de cotizantes, éstos y sus beneficiarios deberán estar inscritos en la misma EPS. Se exceptúa de esta regla cuando uno de los cotizantes no resida en la misma entidad territorial y la EPS en la que se encuentre afiliado el otro cotizante y los beneficiarios no tengan cobertura en la misma y no haga uso del derecho a la portabilidad si uno de los cónyuges, compañera o compañero permanente cotizantes dejará de ostentar tal calidad, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.
- Al cónyuge, a falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.
- Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente.
- Los nietos siempre y cuando su madre esté afiliada como beneficiaria hija del cotizante, hasta que cumplan los 25 años o los de cualquier edad con incapacidad permanente, siempre y cuando éstos dependan económicamente del cotizante.
- Hijos menores de 25 años y que dependan económicamente del cotizante.
- Hijos del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, es decir, los hijos menores de 25 años y los de cualquier edad con incapacidad permanente, siempre y cuando éstos dependan económicamente del cotizante.
- El trabajador dependiente cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral, debe cotizar sobre el 70% de dicho salario.

- Si es pensionado, cotizar con base en la mesada pensional.
- Si es profesor de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, a que el empleador efectúe los aportes al régimen contributivo del SGSSS por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aún en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.
- El pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores independientes cuenta propia, independientes con contratos de prestación de servicios y de los independientes con contratos diferentes a prestación de servicios se efectuará mes vencido.
- Durante el período de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo, a no cotizar la proporción que le corresponde, pero demandar que el empleador cotice su proporción, con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o a la suspensión temporal del contrato.
- Trasladarse libremente de EPS, siempre y cuando se encuentre inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de 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.
- El registro de la solicitud de traslado por parte del afiliado cotizante o cabeza de familia podrá efectuarse en cualquier día del mes.
- Contar con la afiliación automática del niño que nazca, a la EPS a la cual esté afiliada su madre en el momento del nacimiento, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente.
- Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país deberán reportar esta novedad a la correspondiente a la EPS a más tardar el último día del mes en que esta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los períodos por los que se termina la inscripción.
- Período de protección laboral. Cuando el empleador reporte la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador independiente pierda las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad, el cotizante y su núcleo familiar gozarán del período de protección laboral hasta por uno (1) o tres (3) meses más contados a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.
- Durante el período de protección laboral, afiliado cotizante y su núcleo familiar tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud del Plan de Beneficios por el período de un (1) mes cuando haya estado inscrito en la misma EPS como mínimo los doce (12) meses anteriores y de tres (3) meses cuando haya estado inscrito de manera continua durante cinco (5) años o más.
- Cuando durante el período de protección laboral al afiliado se le otorgue el Mecanismo de Protección al Cesante previsto en la Ley 1636 de 2013 y en el Capítulo 1. del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015 o las normas que lo modifiquen, adicioneen o sustituyan, el período de protección laboral cesará.
- Las condiciones de pertenencia al régimen contributivo o a un régimen exceptuado o especial prevalecen sobre las de pertenencia al régimen subsidiado, salvo lo dispuesto para la afiliación del recién nacido. En consecuencia, cuando una persona reúna simultáneamente las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, a un régimen exceptuado o especial o al régimen subsidiado deberá registrarse en inscribirse a una EPS del régimen contributivo o afiliarse al régimen exceptuado o especial, según el caso.

CAPÍTULO 3.

DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE DE ALIANSALUD EPS

3.1. Deberes de las Personas

Son deberes de las personas en relación con el Sistema General de la Seguridad Social en Salud los establecidos en los artículos 160 de la Ley 100 de 1993 y 10 de la Ley 1751 de 2015, en especial los referidos al suministro de información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingresos; al pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; al ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema.

3.2. Deberes de la persona Afiliada y del Paciente

Son deberes de la persona afiliada y del paciente de ALIANSALUD EPS, los siguientes:

Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.

- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud de salud y a los otros pacientes o personas con que se relacione durante el proceso de atención.
- Usar adecuada y razonablemente las prestaciones ofrecidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los recursos de este.
- Cumplir las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Actuar de buena fe frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio de salud, incluyendo los documentos de voluntad anticipada.
- Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

No incurrir en las siguientes prácticas:

- Solicitar u obtener para sí o para un tercero por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios.
- Solicitar u obtener la prestación de servicios del SGSSS a personas que legalmente no tengan derecho a ellos.
- Suministrar a las EPS o IPS en forma deliberada, información falsa o engañososa.
- Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del SGSSS o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.
- Incluir dentro de su grupo familiar cuando sea cotizante, a beneficiarios que deben ser reportados como cotizantes.
- Reportarse como empleador sin realmente serlo o permitir que su empleador lo reporte con salarios inferiores al real.

- Afiliarse al régimen subsidiado sin tener el derecho correspondiente.
- Si es trabajador independiente, mediante actos simulados pretender cotizar como trabajador dependiente, creando una vinculación laboral inexistente para todos los efectos
- Las personas que se afilien al SGSSS argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados, perderán el derecho a las prestaciones económicas que se le hubieren reconocido durante dicho periodo, cuando la conducta se determine con posterioridad al goce del derecho, será deber del afiliado efectuar los reembolsos correspondientes.
- Así mismo, deberán reembolsar a la EPS el valor los servicios prestados, cuando se establezca que la persona debería estar afiliada al SGSSS como cotizante, durante los seis meses inmediatamente anteriores a su vinculación. Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las conductas abusivas o de mala fe enunciadas, el afiliado cotizante deberá reembolsar a la EPS el valor de los servicios obtenidos en virtud de dicha conducta. En el evento en que mediante la conducta fraudulenta o contraviniendo normas se hayan afiliado personas sin tener derecho a ello, la EPS además cancelará la afiliación de dichas personas mediante comunicación fundamentada. Estas personas podrán reingresar al SGSSS ostentando la calidad que realmente le corresponde ya sea como cotizante del régimen contributivo o como beneficiario del régimen subsidiado, previo cumplimiento de las normas de afiliación vigentes.
- Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema.
- Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la financiación del SGSSS.
- No estar afiliado simultáneamente en el Régimen Contributivo y Subsidiado, ni estar afiliado en más de una EPS ostentando simultáneamente alguna de las siguientes calidades: cotizante, beneficiario o cotizante y beneficiario. Cuando la EPS establezca que una persona se encuentra afiliada en más de una entidad, cancelarán una o varias afiliaciones.
- No afiliarse como beneficiario, debiendo ser cotizante. En ese caso, se cancelará la afiliación como beneficiario debiendo la persona cubrir los gastos en que haya incurrido la EPS por los servicios prestados, sin perjuicio de la pérdida de la antigüedad dentro del SGSSS.
- Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definan dentro del SGSSS.
- Contribuir según su capacidad económica al cubrimiento de las prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y de las personas bajo su cuidado.
- Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servido.
- Suministrar la información veraz que se le demande y mantener actualizada la información que se requiera dentro del SGSSS en asuntos administrativos y de salud.
- Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del SGSSS.
- Hacer uso, bajo criterios de razonabilidad y pertinencia, de los mecanismos de defensa y de las acciones judiciales para el reconocimiento de derechos dentro del SGSSS.
- Participar en los procesos de diseño y evaluación de las políticas y programas de salud; así como en los ejercicios de presupuestos para la actividad participativa en salud.

- Acceder a los servicios de primer nivel a través de la red de prestación de servicios ofrecida por la EPS en el municipio de residencia o en su defecto con la mayor accesibilidad geográfica posible, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la EPS, e inscribirse para la atención ambulatoria en alguna de las IPS más cercanas a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la EPS.
- Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.
- Acreditar su calidad de afiliado, cuando ingrese a una IPS presentando el documento de identidad.
- No trasladarse de EPS cuando el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar estén internados en una institución prestadora de servicios de salud. La efectividad del traslado se suspenderá hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquél en que debía hacerse efectivo.
- Los beneficiarios serán responsables de registrar la novedad de fallecimiento del afiliado cotizante.

3.3. Deberes de los cotizantes

- Si es trabajador dependiente o trabajador independiente que devenga un SMLMV o más, pensionado o persona con capacidad de pago, afiliarse al régimen contributivo del SGSSS con todo su grupo familiar a una sola EPS, incluso con otros miembros del grupo familiar que también sean cotizantes.
- Prohibición de adelantar afiliaciones por entidades no autorizadas. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud está prohibido realizar la afiliación individual o colectiva a través de relaciones laborales inexistentes o por entidades que no estén debidamente autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta conducta se tendrá como práctica no autorizada y será investigada y sancionada por las autoridades competentes.
- Los afiliados están obligados a actualizar el documento de identificación cuando se expida un nuevo tipo de documento, sin embargo, la demora en la actualización del nuevo documento no dará lugar a la suspensión de la afiliación excepto para usuarios mayores de edad que deben actualizar su documento a cedula de ciudadanía cuando cumplan 18 años.
- Si es trabajador dependiente, encontrarse afiliado y permanecer como tal en el sistema de riesgos profesionales, para afiliarse y permanecer en el SGSSS.
- Cotizar el 12.5 % de su Ingreso Base de Cotización IBC, sin que en ningún caso dicha cotización sea inferior al equivalente del 12.5 % de un salario mínimo mensual legal vigente. En todo caso, el IBC deberá ser igual al IBC reportado para el régimen de pensiones.

Tarifas a cotizar por los pensionados al Sistema General de Salud

1. Tarifa general: 12%.
2. Tarifa cuando el pensionado se encuentra en el exterior y no tiene grupo familiar en Colombia: 0%.
3. A partir del año 2020 las tarifas a reportar serán las siguientes:

Mesada pensional en salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV)	Cotización mensual en salud
1 SMLMV	8%
>1 SMLMV y hasta 2 SMLMV	10%
>2 SMLMV	12%

4. A partir del año 2022 las tarifas a reportar serán las siguientes:

Mesada pensional en salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV)	Cotización mensual en salud
1 SMLMV	4%
>1 SMLMV y hasta 2 SMLMV	10%
>2 SMLMV	12%

5. A partir del año 2024 las tarifas a reportar serán las siguientes:

Mesada pensional en salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV)	Cotización mensual en salud
1 SMLMV	4%
>1 SMLMV y hasta 3 SMLMV	10%
>3 SMLMV	12%

- Cuando tenga varios empleadores o reciba pensión de más de una administradora de pensiones o de varios empleadores, cotizar sobre la totalidad de los ingresos hasta el tope máximo fijado en la ley en una misma EPS. El incumplimiento de este deber le generará la obligación de pagar al ADRES las sumas que en exceso deba cancelar este fondo a diferentes EPS por concepto de UPC. Así mismo cuando ostente simultáneamente la calidad de asalariado e independiente, cotizar en forma proporcional a los ingresos percibidos.
- Facilitar el pago y pagar cuando le corresponda, por adelantado las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
- Denunciar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los casos en que se presenten situaciones de retardo en el pago de las cotizaciones de salud por parte del empleador.
- Pagar la cotización de los afiliados adicionales, así como el valor mensual definido por el CNSSS para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad.
- Si es trabajador independiente, tendrá además de los deberes que tienen los trabajadores dependientes, los siguientes:
 - Al momento de la afiliación diligenciar los cuestionarios para que la EPS pueda determinar las bases presuntas mínimas de los aportes que debe efectuar al SGSSS.
 - Si los ingresos reales del trabajador independiente son superiores a los que resulten de la aplicación de las presunciones sobre bases mínimas, cotizar en todo caso con base en los ingresos reales.
 - Presentar una declaración anual en la cual informen a la EPS de manera anticipada, el Ingreso Base de Cotización que se tendrá en cuenta para liquidar sus aportes a partir del mes de febrero de cada año y hasta enero del año siguiente.
 - Presentar la declaración de novedades y realizar el pago de las respectivas cotizaciones por períodos mensuales y en forma anticipada.
 - Cancelar a la EPS las sumas que le adeuda por concepto de cotizaciones o copagos para hacer efectivo su traslado a otra EPS.
 - Efectuar el pago oportuno de los aportes por el periodo correspondiente.

- Si forma parte de uno de los regímenes de excepción, no utilizar los servicios del SGSSS como beneficiario de su cónyuge, compañero permanente o hijos. En este caso, el grupo familiar debe estar inscrito en uno sólo de los dos regímenes, por lo que el cónyuge cotizante que no pertenece al régimen de excepción puede elegir afiliarse a este, y en ese caso deberá solicitar el traslado de su cotización al régimen de excepción que corresponda.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre los ingresos base de cotización.
 - Informar las novedades laborales o de otra naturaleza que surjan en relación con su afiliación y la de su grupo familiar y que constituyan causal de extinción del derecho del beneficiario. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores dentro del SGSSS.
 - Entregar a la EPS con la oportunidad que se requiera, los documentos necesarios para mantener la afiliación de los integrantes del grupo familiar.
 - Declarar al médico tratante, el origen de la atención que requieren (enfermedad común, accidente de tránsito, accidente de trabajo, enfermedad profesional, acciones terroristas, etc.)
 - Acceder a los servicios especializados de salud del Plan de Beneficios en Salud a través de la remisión por medicina general u odontología general conforme al sistema de referencia y contrarreferencia definido por la EPS y por las normas de calidad vigentes, se exceptúa la especialidad de pediatría para menores de 18 años de edad y la especialidad de obstetricia, a las que se accede de forma directa, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.
 - Durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados, cotizar sobre el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, la proporción que le corresponde.
 - Cancelar a la EPS las sumas que le adeuda por concepto de copagos o cuotas moderadoras, para hacer efectivo su traslado a otra EPS.
 - En caso de que el usuario ya no esté inscrito en una EPS, debe reingresar a la misma EPS a la cual se encontraba afiliado, cuando no cumpla con los requisitos para ejercer el derecho a la movilidad. Será suficiente el reporte de novedades para efectuar nuevamente su afiliación.
 - **Reporte de Novedades:** La actualización de datos y los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS que se produzcan con posterioridad a la afiliación, se considerarán novedades que actualizan la información de los afiliados en el Sistema de Afiliación Transaccional, y se registrarán o reportarán por los responsables según lo previsto en la normatividad vigente. El registro de las novedades implica la declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado.

CAPÍTULO 4.

INSTITUCIONES Y RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS

4.1 Canales de Atención al Usuario

Estos son los canales que se encuentran habilitados para brindar a los usuarios la atención en los diferentes servicios, información y orientación.

- **Página Web: www.aliansalud.com.co**

Aquí encontrará información general de Aliansalud EPS y del Sistema General de Seguridad Social, la cual es actualizada según la necesidad de información y la normatividad vigente.

- Canales de Atención
- Afiliados
- Normatividad
- Nosotros
- Contáctenos PQRD
- Información Oficial
- Atención y Servicios a la ciudadanía
- Conciliaciones
- Indicadores de Calidad
- Participa
- Plan de Beneficios en Salud
- Transparencia y acceso a la información pública

Banners informativos y de acceso a diferentes contenidos los cuales son actualizados periódicamente y según la necesidad de información.

Acceso directo a las siguientes secciones:

- Aprende a realizar tus trámites A un Clic
- Carta Derechos y Deberes y Carta de Desempeño
- Red de Prestadores
- Autorizaciones médicas Solicitar-Imprimir
- Gestión del Riesgo en Salud
- Mipres
- Mi Seguridad Social SAT
- Micrositio Rendición de Cuentas
- Centros de Atención Ambulatoria
- Participación Ciudadana Asociación de Usuarios
- Novedades al contrato
- Indicadores de Calidad

- **Opción contáctenos PQRD**

A través de esta opción pueden radicar Felicitaciones, Sugerencias, Peticiones o Reclamos, Denuncias e información sobre la Audiencia de Rendición de Cuentas.

- **Oficina Virtual**

Se ingresa por la página web www.aliansalud.com.co, seleccionando la opción iniciar sesión. Si no cuenta con usuario y contraseña podrá solicitarla por la opción “regístrate” y ésta será enviada a la cuenta de correo electrónico registrada y/o recibirá un mensaje de texto al celular con un código de seis dígitos.

- **Oficinas de atención**

CIUDAD	NOMBRE OFICINA	DIRECCIÓN	HORARIO DE ATENCIÓN LUNES-VIERNES	HORARIO DE ATENCIÓN SÁBADOS
Bogotá	Plaza Central	Cr 65 11-50 Piso 2, Local 2-87 y 2-88	7:30 a.m. - 4:30 p.m.	7:30 a.m.-12:30 p.m.

La entrega de cheques de incapacidades, licencias y reembolsos se realizan únicamente en la oficina de atención Plaza Central en el horario de lunes a viernes de 8:00 a.m.- 12 p.m.

Trámites en Oficina Virtual o Presencial		
TIPO DE USUARIO	PROCESO	TRÁMITE
		Actualización tipo y número de documento de identidad
		Ajustes de cartera (aportes) Independiente
		Autorizaciones medicas
		Cambio de IPS (IPS de atención primaria)
		Cancelación de contrato
		Certificado de Aportes Independiente
		Certificado y consulta de contrato
		Corrección de nivel de atención y generación de remisión de IPS
		Devolución de aportes independiente
		Estado de cuenta, paz y salvo Independientes
		Exclusión de beneficiarios
		Portabilidad
		Radicación de reembolsos
		Radicación y consulta de incapacidades
		Reporte - Registro de incapacidades independiente
		Revalidación de incapacidades o desacuerdo de liquidaciones independientes
		Registro Cuentas Bancarias Pago Incapacidades Cotizantes
		Separación de contratos
		Unificación de contratos

TIPO DE USUARIO	PROCESO	TRÁMITE
EMPLEADOR	SOLICITUD ADMINISTRATIVA	Actualización de datos Empleador
		Ajustes de cartera (aportes)
		Cambio de empleador - Empleador ya existente en Aliansalud
		Cambio de empleador - Empleador nuevo en Aliansalud
		Certificados de Aportes
		Devolución de aportes - Trabajador dependiente
		Devolución de aportes - Por valor mayor pagado
		Estado de cuentas y paz y salvos
		Registro pago de incapacidades
		Certificado de incapacidades
		Revalidación de incapacidades o desacuerdo de liquidaciones
		Radicación y consulta de incapacidades
TIPO DE USUARIO	PROCESO	TRÁMITE
COTIZANTES Y BENEFICIARIOS	AUTORIZACIONES MÉDICAS	Radicación de autorizaciones para procedimientos quirúrgicos
		Radicación de autorizaciones para exámenes especializados
		Radicación de autorizaciones para medicamentos
		Impresión de autorizaciones
		Impresión de autorizaciones Mipres
		Consulta estado de autorizaciones

- **Líneas de Asistencia Aliansalud EPS Bogotá
601-7568000 y 01 8000 123703 (línea gratuita nacional)**

Al comunicarse el usuario digita su documento de identificación y allí se le indican las diferentes opciones.

- Urgencia vital, orientación médica y orientación psicológica
- Información de Oficinas de Atención (Actualización datos)
- Radicación peticiones, sugerencias y felicitaciones
- Actualización de datos o Información del contrato
- Información de IPS de atención primaria
- Información a pacientes en Programas Especiales
- Información acerca de Mipres y medicamentos
- Información y soporte para página Web.

4.2. Sistema de Afiliación Transaccional -SAT

Es un portal creado por el Ministerio de Salud y la Protección Social con el propósito de facilitar a los ciudadanos la afiliación y el reporte de novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El ingreso a este sistema es de manera personal e intransferible, permitirá:

- A los usuarios realizar transacciones de afiliación y reporte de novedades.
- A las IPS consultar la información de los afiliados tales como traslados, inclusiones de beneficiarios, actualización del documento de identidad, entre otras.
- A los empleadores consultar la información referente al estado de pagos de las cotizaciones respecto de sus trabajadores como cotizantes dependientes.
- A las entidades públicas y privadas responsables del recaudo y de la vigilancia y control del pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud consultar la información relacionada con el pago de aportes.
- A las diferentes entidades para efectos del reporte de que trata el artículo 5 de la Ley 828 de 2003, así como, de la verificación de la información en el registro único de proponentes de que trata la mencionada ley.

Las transacciones de afiliación y reporte de novedades deben ser realizadas por el usuario a través del portal web “miseguridadsocial.gov.co” dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo registro y autenticación con su documento de identificación. Si los datos del documento de identidad de los mayores de edad no coinciden con la información de referencia, la persona no podría registrarse y deberá resolver su situación con la entidad que le expidió el documento.

Para realizar las transacciones en el SAT existen los siguientes roles:

- a) **Rol afiliado:** condición de la persona que tiene una afiliación previa al SGSSS o realiza su afiliación por primera vez a través de SAT.
- b) **Rol ciudadano:** condición de la persona que no tiene una afiliación previa al SGSSS y accede al SAT para realizar la afiliación
- c) **Rol empleador:** condición del representante legal de una persona jurídica o la persona natural que tienen la calidad de empleador para efectuar las transacciones, de acuerdo con sus obligaciones al SGSSS.
- d) **Rol Institución Prestadora de Servicios de Salud:** condición del representante legal de una IPS para acceder a consultas, reporte de información de internación y demás información que requiera el SAT.

Los usuarios deberán adjuntar el soporte documental para su identificación cuando el SAT no disponga de la información de referencia. También podrán reportar, el último día calendario de cada mes, la internación del afiliado cotizante, cabeza de familia o del algún miembro del grupo familiar en una IPS que para ese día se encuentren internado.

Los usuarios que no cumplan con el deber de suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna o que no correspondan a la verdad material de las transacciones que realicen en el SAT, podrán ser reportados por la EPS ante las autoridades competentes.

Novedades que se deben reportar a través del SAT, entre otras:

Tabla 3. Transacciones de novedades según rol

No.	TRANSACTIONS DE NOVEDAD	ROLES					
		AFILIADO	EMPLEADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	ADMINISTRADORA O PAGADORA DE PENSIONES	AFILIACIÓN INSTITUCIONAL
1	Modificación de datos básicos de identificación	X					X
2	Corrección de datos básicos de identificación	X					X
3	Actualización del documento de identidad	X					X
4	Actualización y corrección de datos complementarios	X					X

5	Terminación de la inscripción en la EPS/EOC	X		X			X
6	Reinscripción en la EPS	X					X
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	X					
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	X					
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	X	X				
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	X	X				
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	X					
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	X					
13	Movilidad	X					
14	Traslado	X					X
15	Fallecimiento	X		X			X
16	Protección al cesante	X			X		
17	Calidad de prepensionado	X					
18	Calidad de pensionado	X				X	

4.3. Libre Elección

4.3.1. Libre elección de EPS.

Aliansalud no podrá negar la inscripción a ninguna persona por razones de su edad o por su estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios. Tampoco podrán negar la inscripción argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación. Todas las acciones orientadas a negar la inscripción o desviarla a otra Entidad Promotora de Salud, así como promover el traslado de sus afiliados se considerarán como una práctica violatoria al derecho de la libre escogencia.

4.3.2. Libre elección para la prestación de servicios ambulatorios

Durante la afiliación a la EPS los usuarios, deberán escoger, la IPS de atención primaria que se encuentre más cercana a su sitio de residencia, de acuerdo con las opciones que ofrezca ALIANSALUD EPS dentro de su red adscrita y en ella deberán recibir los servicios de este nivel, salvo en casos de urgencia.

4.3.3. Libre elección para la prestación de servicios hospitalarios

Todos los afiliados deberán utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia, dentro de la red adscrita a ALIANSALUD EPS salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por esta EPS.

Todos los afiliados tendrán acceso directo a la red adscrita a ALIANSALUD EPS, la cual se encuentra relacionada en este documento y publicada en la página web www.aliansalud.com.co/Paginas/Red-de-prestadores.aspx, en donde se relaciona la red vigente y las inclusiones o exclusiones que surjan. Esta red es divulgada igualmente mediante la publicación en un periódico de amplia circulación a nivel nacional.

4.3.4. Libre elección para la prestación de servicios de atención inicial de urgencias y de urgencias

Todos los afiliados tendrán acceso directo a la red vigente de **ALIANSALUD EPS**, la cual se encuentra relacionada en este documento, así como publicada en la página web **www.aliansalud.com.co** y se divulga anualmente mediante la publicación en un periódico de amplia circulación.

Igualmente, los afiliados podrán acceder a cualquier otra IPS que tenga la capacidad y resolución técnica y científica que el afiliado requiera para su atención.

Las condiciones, procedimientos y términos para que los afiliados puedan ejercer sus derechos a la libre elección del prestador de servicios de salud, dentro de la red adscrita de ALIANSALUD EPS, se encuentran reguladas en este documento, en el acápite denominado "Mecanismos de acceso a servicios".

4.3.5. Condiciones, procedimientos y términos para trasladarse de EPS

El traslado entre entidades administradoras estará sujeto al cumplimiento de los requisitos sobre permanencia en los regímenes y entidades administradoras que establecen las normas que reglamentan el SGSSS.

Para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud, el afiliado deberá cumplir las siguientes condiciones:

- El registro de la solicitud de traslado por parte del afiliado cotizante o cabeza de familia podrá efectuarse en cualquier día del mes.
- Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el Régimen Contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de inscripción del afiliado cotizante. 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.
- No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Excepciones a la regla general de permanencia:

- Revocatorio 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 más 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 esta no sea cierta, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

- Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañero(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.
- Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio y en los eventos previstos en el artículo 61 del decreto 2353 de 2015.
- Cuando la afiliación ha sido transitoria por parte de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social-UGPP en los términos previstos en el artículo 2.12.1.6. del Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015.
- Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad administradora de pensiones, según lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 44 e inciso segundo del artículo 47 del decreto 2353 de 2015, respectivamente.
- El traslado de entidad administradora producirá efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud. La entidad administradora de la cual se retira el afiliado tendrá a su cargo la prestación de los servicios hasta el día anterior a aquel en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.
- El primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado se deberá realizar a la nueva EPS. Para los efectos se entenderá por traslado efectivo el momento a partir del cual el afiliado queda cubierto por la nueva Entidad Promotora de Salud.

4.3.6. Movilidad entre regímenes contributivo y subsidiado

Movilidad entre regímenes: la movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBEN o su equivalencia, las poblaciones especiales de que trata el numeral 3 del artículo 2.1.5.1.1 del Decreto 780 de 2016 y en general, para aquellos que cuenten con la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén, o el que haga sus veces. En virtud de la movilidad, tales afiliados podrán cambiar de un régimen a otro con su núcleo familiar, sin solución de continuidad, manteniendo su inscripción en la misma entidad promotora de salud.

Los afiliados manifestarán su voluntad de ejercer la movilidad en el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT o en el formulario físico y se suscribirá y reportará ante la EPS de manera individual y directa, cuando se realice al Régimen Subsidiado y de manera conjunta con su empleador, si fuere el caso, cuando se realice al Régimen Contributivo. La verificación del puntaje o clasificación obtenida en la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén, o el que haga sus veces, estará a cargo de la entidad promotora de salud del Régimen Contributivo a través de la herramienta de consulta masiva que para el efecto dispone el Departamento Nacional de Planeación.

Cuando los afiliados ejerzan la movilidad y residan en un municipio o distrito diferente a aquel en que les fue aplicada la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén, la clasificación efectuada por la entidad territorial de origen se considerará válida hasta tanto la entidad territorial en la que actualmente se encuentre domiciliado, responsable de validar las condiciones para permanecer en el Régimen Subsidiado, le practique una nueva ficha de caracterización socioeconómica. El cambio de domicilio en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento ni el reconocimiento de la UPC.

Características y Beneficios del derecho a la movilidad entre regímenes:

- Características y Beneficios del derecho a la movilidad entre regímenes: se afilan al Régimen Contributivo: quienes tengan capacidad de pago o una relación laboral o contractual generadora de ingresos.
- Características y Beneficios del derecho a la movilidad entre regímenes: Se afilan al Régimen Subsidiado: afiliados sin capacidad de pago y se encuentren dentro de los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales de que tratan los numerales 7,8,10,11,12 del artículo 2.1.5.1 del decreto 780 de 2016.

La novedad de movilidad del Régimen Contributivo al Régimen Subsidiado deberá ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la pérdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente de vencimiento del periodo de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.

La novedad de movilidad del Régimen Subsidiado el Régimen Contributivo deberá ser registrada por el afiliado el día en que adquiere una vinculación laboral o las condiciones para cotizar como independiente.

En ningún caso, la EPS podrá registrar la novedad de movilidad sin que haya mediado la solicitud suscrita por el afiliado. El reporte de la novedad de movilidad sin que hubiere mediado la manifestación de la voluntad del afiliado en el Régimen Subsidiado se tendrá como práctica no autorizada.

Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, una vez suscrito y radicado el formulario físico que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en los términos previstos en el artículo 55 del decreto 2353 de 2015, la novedad de movilidad del Régimen Contributivo al Régimen Subsidiado producirá efectos a partir del día siguiente del vencimiento del periodo de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante si los hubiere; si no los hubiere, a partir del día siguiente al vencimiento del periodo o días por los cuales se efectuó la última cotización.

Los cotizantes, los cabezas de familia y sus respectivos núcleos familiares, por efectos de la movilidad, tendrán derecho a la prestación continua de los servicios de salud establecidos en el plan de beneficios.

No habrá lugar a la movilidad y deberá realizarse el traslado de EPS entre regímenes cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio.

La novedad de movilidad prevalecerá sobre la novedad del traslado cuando:

- El cotizante en el Régimen Contributivo no reúne las condiciones para continuar cotizando y no haya cumplido el periodo de permanencia para el traslado, el cotizante y su núcleo familiar deberán mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el Régimen Subsidiado, siempre y cuando se cumplan las condiciones para la movilidad.
- Cuando un beneficiario en el Régimen Contributivo pierda tal calidad y no haya cumplido el término de permanencia para el traslado, deberá mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el Régimen Subsidiado, siempre y cuando se cumplan las condiciones para la movilidad.
- Constituye práctica no autorizada el registrar o suministrar por parte del empleador o el afiliado cotizante, información falsa o engañoso de la pérdida de la relación laboral o de las condiciones para seguir cotizando como independiente para acceder a la movilidad. Cuando el empleador o el afiliado cotizante incurran en esta conducta y haya tenido lugar la movilidad deberá pagar las cotizaciones e intereses de mora que se hubieren causado, sin perjuicio de las sanciones correspondientes a cargo de las autoridades competentes.

4.3.7. Afiliación al Régimen Subsidiado a través del mecanismo de contribución solidaria

Contribución solidaria en el Régimen Subsidiado: La contribución solidaria es un mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado en salud para la población clasificada de acuerdo con la última metodología del Sisbén, o el que haga sus veces, como no pobre o no vulnerable y que no cumpla los requisitos para ser cotizante o beneficiaria en el Régimen Contributivo, quienes para los efectos pagarán la tarifa establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con su capacidad de pago parcial.

Las afiliadas cabeza de familia podrán acceder al reconocimiento de una compensación de maternidad proporcional a la tarifa de la contribución realizada, en los términos del artículo 5 de la Ley 2114 de 2021.

Los afiliados al Régimen Subsidiado a través del mecanismo de contribución solidaria estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

La contribución solidaria corresponderá a la suma de las tarifas por cada uno de los miembros mayores de edad del núcleo familiar, de acuerdo con la clasificación en el Sisbén en su última metodología, o el que haga sus veces, cuyo pago estará a cargo del cabeza de familia.

Afiliados al Régimen Subsidiado a través del mecanismo de contribución solidaria:

Serán afiliados al Régimen Subsidiado a través del mecanismo de contribución solidaria las personas clasificadas de acuerdo con la última metodología del Sisbén, o el que haga sus veces, como no pobres o no vulnerables incluyendo los menores de edad que hagan parte del núcleo familiar.

Así mismo podrán ser afiliados adicionales como beneficiarios del cabeza de familia, aquellas personas que dependan económicamente de este, no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el Régimen Contributivo, se encuentren hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad y sean clasificadas como no pobres o no vulnerables según la última metodología de la encuesta Sisbén, o el que haga sus veces. El pago de la tarifa del afiliado adicional será realizado por el cabeza de familia de acuerdo con la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén, o el que haga sus veces, de este afiliado adicional.

Información de la condición de afiliado mediante contribución solidaria: Los municipios, distritos y departamentos con áreas no municipalizadas deberán informar a los afiliados al Régimen Subsidiado que deben contribuir solidariamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo siguiente:

1. Su clasificación conforme con la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén en su última metodología o el que haga sus veces.
2. La obligación de reportar los integrantes de su núcleo familiar, en caso de existir, para su afiliación a través del Sistema de Afiliación Transaccional -SAT, la EPS, o de los instrumentos que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. La tarifa que les corresponde cancelar por cada uno de los integrantes de su núcleo familiar, mayores de 18 años, y el monto total por su núcleo.
4. La fecha a partir de la cual deben contribuir.
5. Los canales de pago.

Con el fin de que las entidades territoriales identifiquen las personas y sus núcleos familiares susceptibles de afiliación al Régimen Subsidiado a través del mecanismo de contribución solidaria, la ADRES dispondrá a estas, a las EPS y al Ministerio de Salud y Protección Social, la información resultante de los cruces de la información contenida en la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA- y en el Sisbén, conforme a la metodología que para el efecto defina dicha entidad.

Tarifas de la Contribución Solidaria en el Régimen Subsidiado: Los afiliados al Régimen Subsidiado mediante el mecanismo de la contribución solidaria pagarán mensualmente, con base en el porcentaje de a UPC del Régimen Subsidiado (UPC-S), una tarifa de acuerdo con la siguiente clasificación:

Subgrupos Sisbén IV	Valor Tarifa
D1 a D3	2,5% del valor de la UPC-S anual del Régimen subsidiado
D4 a D7	3,7% del valor de la UPC-S anual del Régimen Subsidiado
D8 a D14	5,5% del valor de la UPC-S anual del Régimen Subsidiado
D15 a D20	8,3% del valor de la UPC-S anual del Régimen Subsidiado
D21	11% del valor de la UPC-S anual del Régimen Subsidiado

La UPC-S de referencia será la definida para el Régimen Subsidiado como la UPC.S base, sin tener en cuenta la estructura de costos por grupo etario y sexo, ni las primas adicionales por criterios geográficos o poblacionales.

Pago de la contribución solidaria por núcleo familiar: El monto a pagar por núcleo familiar corresponderá a la suma de las tarifas de cada uno de los miembros mayores de edad, de acuerdo con la clasificación del Sisbén en su última metodología y será realizado por el miembro cabeza de familia, quien aceptará el pago de la tarifa a través del Sistema de Afiliación Transaccional –SAT o en el formulario de afiliación y novedades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La ADRES tomará la última versión de la clasificación en el Sisbén IV disponible en sus registros administrativos, para liquidar el valor a pagar por núcleo familiar.

4.3.8. Fechas para pagos de aportes y redondeos Planilla de Liquidación Electrónica- PILA

Todos los aportantes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del Sistema de Seguridad Social Integral, así como aquellos a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje -SENA, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF y de las Cajas de Compensación Familiar, deben efectuar sus aportes utilizando la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA, bien sea en su modalidad electrónica o asistida, a más tardar en las fechas que se indican a continuación:

Día hábil	Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación
2°	00 al 07
3°	08 al 14
4°	15 al 21
5°	22 al 28
6°	29 al 35
7°	36 al 42
8°	43 al 49
9°	50 al 56
10°	57 al 63
11°	64 al 69
12°	70 al 75
13°	76 al 81
14°	82 al 87
15°	88 al 93
16°	94 al 99

Las entidades públicas del orden nacional pagadoras de pensiones cuya nómina de pensionados sea superior a 900.000 pensionados, con independencia de los últimos dígitos del NIT, efectuarán el pago de los aportes a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, a más tardar el primer día hábil del mes.

Los aportantes y los pagadores de pensiones cuyo número de cotizantes y/o Pensionados se encuentren en la siguiente tabla, deberán autoliquidar y pagar sus aportes utilizando la

Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), mediante la modalidad de planilla electrónica, a partir de las siguientes fechas:

Rango número de cotizantes	Obligatoriedad uso planilla electrónica
20 o más cotizantes	A partir del 6 de marzo de 2017
10 a 19 cotizantes	A partir del 01 de noviembre de 2017
5 a 9 cotizantes	A partir del 01 de marzo de 2018
3 o 4 cotizantes, para municipios con categorías diferentes a 5 y 6	A partir del 01 de junio de 2018

Los aportantes y los pagadores de pensiones que cuenten con hasta 2 cotizantes y aquellos en los municipios de categorías 5 y 6 que cuenten con hasta 4 cotizantes, podrán utilizar para el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales del SENA, ICBF y las Cajas de Compensación Familiar, cualquier modalidad de planilla, bien sea electrónica o asistida.

Los cotizantes independientes cuyo ingreso base de cotización se encuentre en la siguiente tabla, deberán autoliquidar y pagar sus aportes utilizando la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) en la modalidad de planilla electrónica, a partir de las siguientes fechas:

Rango Ingreso Base de Cotización	Obligatoriedad uso planilla electrónica
Mayor o igual a 5 smlmv	A partir del 6 de marzo de 2017
Mayor o igual a 4 e inferior a 5 smlmv	A partir del 01 de noviembre de 2017
Mayor o igual a 2 e inferior a 4 smlmv para residentes en municipios con categoría diferente a 5 y 6.	A partir del 6 de 01 de marzo de 2018

Los cotizantes independientes con ingreso base de cotización menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes y aquellos cuyo IBC sea igual a 2 e inferior a 4 salarios mínimos legales mensuales vigente, residentes en municipios de categorías 5 y 6 podrán utilizar cualquier modalidad de la planilla, bien sea electrónica o asistida.

4.3.9. Suspensión de la afiliación por mora

La afiliación se suspenderá en los siguientes casos:

1. Cuando el cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional incurra en mora de dos períodos consecutivos.
2. Cuando el cotizante no allegue los documentos que acrediten la condición de sus beneficiarios y la EPS lo haya notificado durante tres.

Durante los períodos de suspensión de la afiliación por mora, no habrá lugar a la prestación de los servicios del plan de beneficios a cargo de la EPS en la cual se encuentre inscrito con excepción de:

1. Para usuarios menores de edad.
2. Para mujeres en gestación.
3. Para el servicio de urgencias y tratamientos en curso.
4. Para usuarios pensionados.

En el caso de los cotizantes independientes no se causarán cotizaciones ni intereses de mora de conformidad con el artículo 209 de la Ley 100 de 1993.

Efectos de la mora en las cotizaciones de trabajadores dependientes.

Durante el periodo de suspensión, el empleador en mora deberá pagar el costo de los servicios de salud que demande el trabajador y su núcleo familiar, sin perjuicio del pago de las cotizaciones adeudadas y de los intereses de mora correspondientes. De acuerdo con el artículo 43 de la Ley 789 de 2002, cuando ha mediado el descuento del aporte del trabajador y el empleador se abstiene de efectuar el pago de los aportes y por ello se encuentre en mora, la EPS deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar que se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias.

Los costos derivados de la atención en salud del afiliado cotizante y su núcleo familiar estarán a cargo del empleador que se encuentre en mora, para lo cual la EPS cubrirá los costos y repetirá contra el empleador. Para tal efecto, el trabajador deberá allegar el desprendible de pago o su documento equivalente en el que conste que le ha sido descontado el aporte a su cargo.

Cuando el empleador no haya cumplido con la obligación de efectuar el descuento del aporte del trabajador y se encuentre en mora, durante el periodo de suspensión de la afiliación, la EPS en la cual se encuentre inscrito el trabajador no estará obligado a asumir la prestación de los servicios de salud, salvo que se trate de la atención de gestantes y de menores de edad. En este evento, los servicios que demanden el trabajador y su núcleo familiar serán cubiertos en su totalidad por el empleador, sin perjuicio de la obligación de pago de las cotizaciones adeudadas y de los intereses de mora correspondientes.

Una vez obtenido el recaudo de las cotizaciones adeudadas, la EPS tendrá derecho al reconocimiento de las respectivas UPC y siempre que demuestre que garantizó la prestación de los servicios de salud durante ese lapso. Si se incumplen las obligaciones establecidas en los acuerdos de pago, procederá la suspensión de la prestación de los servicios de salud de los afiliados comprendidos en el acuerdo y el costo de los servicios de salud que demanden los trabajadores y sus núcleos familiares estará a cargo del empleador. En ningún caso la suscripción de acuerdos de pago podrá involucrar la condonación de cotizaciones o intereses de mora.

Durante los periodos de suspensión por mora no habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad por parte del Sistema o de la EPS y su pago estará a cargo del empleador, salvo que haya mediado un acuerdo de pago. Los efectos previstos en el presente artículo se aplicarán siempre y cuando la EPS no se hubiere allanado a la mora. Cuando en cumplimiento de una decisión judicial, la EPS deba prestar servicios de salud a los trabajadores y sus núcleos familiares que tengan suspendida la afiliación por causa de la mora de su empleador, repetirá contra este último los costos de los servicios de salud en que incurrió. Si al finalizar la vinculación laboral, el empleador se encuentra en mora, tal circunstancia no podrá constituir una barrera para que el trabajador se inscriba en una EPS a través de un nuevo empleador o como trabajador independiente, o acceda al período de protección laboral o al mecanismo de protección al cesante, o ejerza la movilidad en el Régimen Subsidiado con su núcleo familiar, si cumple los requisitos para ello. Cuando se cumpla lo previsto en el artículo 43 de la Ley 789 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya o se haya garantizado la prestación del servicio para mujeres gestantes o menores de edad, las cotizaciones en mora que se recauden, podrán ser compensadas siempre y cuando, se haya garantizado efectivamente el acceso a los servicios de salud de los afiliados por los que se recaudó la cotización. En este evento, la EPS podrá apropiar los intereses por mora que se causen por estas cotizaciones.

Efectos de la mora en las cotizaciones de trabajadores independientes.

Durante el periodo de suspensión de la afiliación, los servicios que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar les serán prestados a través de la red pública y estarán a su cargo los pagos previstos en el artículo 2.4.20 del presente decreto.

Cuando la afiliación y el pago de aportes se efectúa a través de una agremiación o asociación autorizada para la afiliación colectiva y ha mediado el pago de la cotización por parte del trabajador independiente a la agremiación o asociación, las prestaciones económicas del cotizante y los costos derivados de la atención en salud que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar, durante el período de suspensión por mora, estarán a cargo de la agremiación o asociación correspondiente.

Cuando el trabajador independiente o uno de los integrantes de su núcleo familiar se encuentre en tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, la EPS en la cual se encuentre inscrito deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar hasta por cuatro (4) períodos consecutivos de mora, vencido dicho término se le garantizará la continuidad de la prestación de los servicios de salud a través de los prestadores de la red pública sin afectar su seguridad e integridad en los términos previstos en la presente parte.

No habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad por parte del Sistema o de la EPS, durante los períodos de mora, siempre y cuando la EPS no se hubiere allanado a la misma.

Cuando las agremiaciones y asociaciones de afiliación colectiva en un período no efectúen el pago de aportes a salud de la totalidad de los trabajadores independientes agremiados, la entidad responsable del pago de aportes quedará incursa en causal de cancelación de la autorización de afiliación colectiva. (Art. 73 del Decreto 2353 de 2015) Artículo 2.1.9.4 Consecuencias de la suspensión de la afiliación del trabajador independiente.

Durante el período de suspensión de la afiliación del trabajador independiente no se causará deuda por las cotizaciones e intereses de mora, sin perjuicio de que deba cancelar, los períodos de cotizaciones y los intereses de mora causados previamente a la suspensión. Las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud por los períodos consecutivos previos a la suspensión, dos (2) o cuatro (4) meses según el caso y si, como resultado de las acciones de cobro que deba adelantar, recauda las cotizaciones en mora por estos períodos tendrán derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC. Lo anterior no exime al trabajador independiente de la obligación de reportar las novedades referidas a la perdida de las condiciones para seguir cotizando al Sistema. (Art. 74 del Decreto 2353 de 2015)

Terminación de la inscripción en una EPS: la inscripción en la EPS en la cual se encuentra inscrito el afiliado cotizante y su núcleo familiar, se terminará en los siguientes casos:

- Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.
- Cuando el empleador reporte la novedad de retiro laboral del trabajador independiente y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como independiente, como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme a las normas vigentes.
- Cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para ser cotizante, no reporte la novedad como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme a las normas vigentes.
- Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones establecidas para ostentar dicha condición y no reporten la novedad de cotizante independiente, cotizante independiente, afiliado adicional o de movilidad entre regímenes conforme a las normas vigentes.

- Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la EPS o a través del Sistema de Afiliación Transaccional.
- Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o especial legalmente establecido.
- 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.
- Cuando la prestación de los servicios de salud de las personas privadas de la libertad y los menores de tres (3) años, que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión, esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. En el caso de las personas privadas de la libertad que se encuentren obligadas a cotizar, la terminación de la inscripción sólo aplicará para el cotizante y el menor de tres (3) años que conviva con la madre cotizante.

4.4. Mecanismos de Participación Ciudadana en Salud

El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- Participar en la formulación de la política de salud, así como en los planes para su implementación.
- Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema.
- Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos.
- Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías.
- Participar en los procesos de definición de prioridades de salud.
- Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud.
- Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

4.4.1. Asociación de usuarios ALIANSALUD EPS

La Asociación de Usuarios es una agrupación de afiliados a **Aliansalud EPS** cuyo objetivo es la protección de los derechos y la participación ciudadana de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Podrán formar parte de la Asociación con carácter de asociados, todas las personas naturales que acrediten la calidad de usuarios activos afiliados a **ALIANSALUD EPS** y que manifiesten libremente su voluntad de vincularse a la organización. Se entiende como asociado activo el usuario que cumple con los requisitos legales para acceder a los servicios de salud por **ALIANSALUD EPS**. Para adquirir la calidad de asociado se requiere la condición de mayoría de edad y presentar la solicitud ante la Junta Directiva de la Asociación de Usuarios.

Las funciones de la Asociación de Usuarios de **ALIANSALUD EPS**, son las siguientes:

- Brindar a los afiliados de **ALIANSALUD EPS** asesoría y acompañamiento para el ejercicio de sus derechos y deberes.
- Vigilar que las decisiones que se tomen en la Junta Directiva de la Asociación de Usuarios se apliquen según lo acordado.
- Informar a las instancias que corresponda y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado satisface o no las necesidades de sus afiliados.
- Mantener con los afiliados canales de comunicación que permitan conocer sus inquietudes y demandas para realizar propuestas.

- Atender las quejas que los usuarios presenten ante la Junta Directiva sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos, de ser necesario.
- Presentar propuestas de mejora en la oportunidad y la calidad de los servicios de salud.
- Fomentar canales de comunicación y cooperación con las asociaciones de usuarios de las IPS que hacen parte de la red de prestadores de servicios de salud de ALIANSA SALUD EPS para mejorar la calidad de los servicios.
- Estimular la participación de los afiliados a ALIANSA SALUD EPS en los programas de prevención y promoción que ésta desarrolle.
- Elegir democráticamente sus representantes ante la Junta Directiva de la Asociación de Usuarios.
- Elaborar su propio reglamento interno y estatutos.
- Declarar disuelta la Asociación de Usuarios por las causales establecidas por la ley y por lo establecido de conformidad en los estatutos.
- Propender porque la Asociación de Usuario, promueva la vinculación permanente de usuarios a la misma fortaleciendo la organización.
- Las demás que le corresponden como organización y que tengan relación directa con su objeto social.

4.4.2. Estrategia de Participación Ciudadana

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus competencias y de conformidad con lo previsto en los artículos 136 y 139 de la Ley 1438 de 2011, el artículo 12 de la Ley 1751 del 2015 y en el marco de los mecanismos previstos en la Ley 1757 del 2015, continúa desarrollando la estrategia de participación ciudadana directa y efectiva de los usuarios, pacientes, comunidad médica y científica y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de la Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Coordinación del procedimiento técnico-científico y participativo

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, en el marco de sus competencias coordinará el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de exclusiones.

- Las actuaciones que se surtan en desarrollo del procedimiento técnico-científico y participativo se publicarán en el sitio web dispuesto por este Ministerio.
- Las veedurías ciudadanas en salud y los diferentes organismos de control podrán participar como garantes en el desarrollo de las diferentes fases del procedimiento técnico-científico.

Actores del sistema de salud

Entidades promotoras de salud -EPS, entidades adaptadas, instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS, secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, o las entidades que hagan sus veces, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS, profesionales y trabajadores de la salud, usuarios y pacientes de los servicios de salud, asociaciones de profesionales de la salud, instituciones académicas y de investigación, industria, entidades de inspección, vigilancia y control y demás personas naturales o jurídicas interesadas en participar en el procedimiento técnico-científico y participativo.

Fases del procedimiento técnico-científico y participativo para la definición de exclusiones.

1. Fase de nominación, validación y priorización.
2. Fase de análisis técnico-científico.

3. Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados.
4. Fase de adopción y publicación de las decisiones.

Los aportes, análisis, conceptos y recomendaciones obtenidos en el desarrollo de las fases tendrán un alcance consultivo, informativo y orientador, sin que adquieran carácter vinculante para la toma de decisiones por parte de este Ministerio.

1. Fase de nominación, validación y priorización

Esta fase tiene como objetivo nominar, validar y priorizar las tecnologías que se someterán al procedimiento de exclusiones, en ella participan los actores del Sistema de Salud, en forma directa o representativa y este Ministerio.

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud definirá el formulario de nominación que debe contener como mínimo los siguientes datos:

1) el nominador, 2) posibles conflictos de interés, 3) la tecnología propuesta con sus características e indicaciones por las cuales ha sido nominada y 4) la identificación del criterio o criterios de exclusión que motivaron la nominación.

Cuando una tecnología sea nominada para exclusión por más de un actor se acumularán en la primera solicitud radicada.

Término de las nominaciones Los interesados en presentar nominaciones de servicios o tecnologías para su posible exclusión, podrán presentarlas entre el primer día del mes de marzo y el último día del mes de abril de cada vigencia; las nominaciones que sean presentadas en fechas diferentes serán devueltas.

Validación de las nominaciones La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud efectuará la revisión de los parámetros de oportunidad, completitud, consistencia de la justificación y pertinencia de la información aportada en el registro de nominación.

Publicación de las nominaciones Las nominaciones validadas serán publicadas en el sitio web dispuesto por este Ministerio.

Objeciones, observaciones o aportes a las nominaciones Una vez publicado el listado de nominaciones validadas, los interesados podrán presentar a través del sitio web dispuesto por este Ministerio, objeciones, observaciones o aportes a dichas nominaciones, adjuntando la evidencia técnico-científica respectiva.

La evidencia aportada por los interesados sobre la tecnología nominada deberá contener como mínimo: 1) identificación del interesado; 2) posible declaración de conflicto de intereses y, 3) argumentos que sustentan la objeción, observación o aporte.

Publicación de las objeciones, observaciones o aportes a las nominaciones Las objeciones, observaciones o aportes a las nominaciones junto con la información de soporte allegada, se publicarán en el sitio web dispuesto por este Ministerio.

Priorización de las nominaciones Una vez realizada la publicación de que las objeciones y observaciones, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio priorizará las tecnologías nominadas considerando como mínimo: el criterio de exclusión, el interés en salud pública, la población afectada, la disponibilidad de alternativas y el impacto fiscal, entre otros.

Remisión de las nominaciones La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio remitirá al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS-, las nominaciones priorizadas acompañadas de las objeciones, observaciones y aportes, así como la información de soporte.

2. Fase de análisis técnico-científico

Esta fase tiene como objetivo analizar y emitir el concepto y recomendación técnico-científica sobre la conveniencia o pertinencia de declarar una o un conjunto comparable de tecnologías en salud como una exclusión o exclusiones, atendiendo los criterios establecidos en el

artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. En esta fase participarán el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS-, expertos independientes delegados por parte de las asociaciones de profesionales de la salud de la especialidad correspondiente o de otras asociaciones de profesionales de la salud y este Ministerio.

Los representantes de las asociaciones de profesionales de la salud deberán socializar entre sus miembros, los asuntos tratados en cada una de las sesiones y el concepto y recomendación técnico-científica emitida.

Estudio técnico realizado por el IETS

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS-, de conformidad con la solicitud del Ministerio, revisará la información para una o un conjunto comparable de tecnologías remitidas por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, con el fin de elaborar un informe técnico de las nominaciones que incluya como mínimo: 1) la identificación de la tecnología propuesta con sus características e indicación por la cual fue nominada, 2) la identificación del criterio o criterios de exclusión con la evidencia que lo soporta, 3) el análisis de las objeciones, las observaciones o los aportes realizados con respecto a la tecnología nominada, 4) la identificación de los comparadores o alternativas terapéuticas disponibles con la información que lo soporta y 5) la recomendación de exclusión de la tecnología.

Conformación del Grupo de Análisis Técnico-Científico Este Ministerio a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, convocará a las agremiaciones médicas y científicas con el fin de conformar el Grupo de Análisis Técnico-Científico teniendo en cuenta la tecnología o conjunto de tecnologías en salud a analizar; para el efecto, podrá invitar a:

1. Uno o varios representantes de las asociaciones de profesionales de la salud.
2. Un representante de las federaciones de profesionales del área de la salud.
3. Un representante de la Academia Nacional de Medicina.
4. Un representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Ascofame.
5. Un representante del colegio de químicos farmacéuticos, odontológico, nutricionista, optómetras, psicólogos, terapeutas, u otras asociaciones profesionales de la salud, según sea el caso.
6. Un representante del Ministerio de Salud y Protección Social.

Las agremiaciones o asociaciones informarán a la Dirección el nombre e identificación del representante delegado para conformar el Grupo de Análisis Técnico-Científico, por medio de un mensaje de datos con firma digital o de una comunicación suscrita por el representante legal de la agremiación o asociación, remitida por correo certificado o como un archivo adjunto a un mensaje de datos, dentro de un plazo máximo de diez (10) días calendario, a partir de la convocatoria que realice el Ministerio.

El experto delegado acreditará su delegación al momento de la apertura de la sesión del Grupo de Análisis Técnico-Científico.

Para el desarrollo de la sesión del Grupo de Análisis Técnico-Científico se requerirá como mínimo la presencia de cinco (5) representantes de al menos tres (3) de las asociaciones o agremiaciones invitadas. Las sesiones serán grabadas y sólo participarán los delegados e invitados acreditados.

La secretaría técnica de la sesión será ejercida por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, quien definirá el reglamento para el desarrollo de éstas.

La Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General de la República y la Superintendencia Nacional de Salud podrán participar en calidad de observadores, para lo cual, la secretaría técnica los invitará. Así mismo, podrá invitar, para que participen con voz, pero sin voto, las demás personas, asociaciones o instituciones que considere pertinente.

Requisitos de los integrantes Los integrantes del Grupo de Análisis Técnico-Científico deberán ser expertos independientes en los términos del numeral 3.10 del artículo 3 de la resolución 318 del 2023 y deberán declarar las posibles situaciones que puedan considerarse como conflictos de intereses, por escrito y de viva voz en las sesiones de análisis técnico científico. (*Experto independiente: aquel profesional que esté inscrito en el Registro de Talento Humano en Salud -RETHUS de su profesión, si aplica y que cuente con amplios conocimientos y experiencia mínima de cinco (5) años en el ejercicio de la profesión, con habilidad para compartir su conocimiento, argumentar y elaborar juicios independientes, que goza del reconocimiento público y de los pares profesionales. En los casos de especialidades también se exige experiencia mínima de cinco (5) años en el ejercicio de la especialidad.*)

Publicación del listado de delegados Una vez se tenga conformado el Grupo de Análisis Técnico-Científico para una o un conjunto comparable de tecnologías en salud, se publicará el listado de sus integrantes en el sitio web dispuesto por este Ministerio.

Sesiones El Grupo de Análisis Técnico-Científico sesionará cada vez que sea convocado por la Secretaría Técnica y en el desarrollo de las sesiones, los miembros asistentes elegirán el moderador de la misma.

En el desarrollo de las diferentes sesiones del Grupo de Análisis Técnico Científico se podrán implementar canales virtuales o de videoconferencia.

Funciones del Grupo de Análisis Técnico-Científico. El Grupo de Análisis Técnico -Científico tendrá las siguientes funciones:

1. Analizar la información sobre las tecnologías en salud objeto de posible exclusión.
2. Aportar información adicional de ser necesario.
3. Emitir el concepto y recomendación técnico-científica de las tecnologías analizadas.
4. Sesinar de acuerdo al orden del día establecido.
5. Aprobar y suscribir las actas de cada una de las sesiones.
6. Las demás que correspondan a su objeto y naturaleza.

Conceptos y recomendaciones del Grupo de Análisis Técnico-Científico Los conceptos y las recomendaciones técnico-científicas adoptadas dentro de las diferentes sesiones deberán ser el resultado del consenso de los asistentes. En caso de no lograr un consenso, la decisión se someterá a votación y se adoptará aplicando el sistema de mayoría simple, es decir, la mitad más uno de los asistentes.

El grupo dispondrá de un término máximo de veinte (20) días hábiles para presentar los soportes documentales que evidencien la aplicación de los criterios de exclusión.

Publicación de los conceptos y recomendaciones de exclusión Los conceptos y recomendaciones remitidas por el Grupo de Análisis Técnico-Científico deberán publicarse, en forma consolidada, en el sitio web dispuesto por este Ministerio.

3. Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía.

Esta fase tiene como objetivo consultar la opinión de los pacientes potencialmente afectados y de la ciudadanía, acerca de la conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión, con base en la información suministrada en las fases 1 y 2 del procedimiento técnico-científico.

En esta fase participarán los pacientes preferencialmente en forma directa o mediante representación, a través de las diferentes asociaciones que los agremian o representan, que se encuentren registrados según lo establecido en la Circular 032 de 2022 o la norma que la modifique o sustituya. Las asociaciones de pacientes potencialmente afectados que se hayan inscrito previamente en la herramienta dispuesta por este Ministerio deberán postular sus respectivos delegados a través de la misma. En caso de que una patología o condición de salud determinada, no cuente con agremiación o asociación de pacientes, su participación se garantizará de forma directa.

Los interesados en participar de las convocatorias podrán registrarse en la base de datos de

la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la herramienta de participación ciudadana Mi Vox-Pópuli, o mediante el envío por correo electrónico o la entrega en forma física de los siguientes documentos e información:

- a) Nombre de la asociación, agremiación o federación de usuarios, de pacientes, veedurías ciudadanas, COPACOS, sociedad, asociación o agremiación de especialistas, de médicos o de los profesionales de la salud, entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud o en general cualquier organización que desee participar.
- b) Nombre del representante legal e identificación.
- c) Número del NIT, o registro formal, el que deberá concordar con la copia magnética o física de la constitución de la asociación y con el certificado de representación legal o documento que haga sus veces.
- d) Certificación de representación legal de la organización, agremiación o asociación, según corresponda.
- e) Copia magnética o física de la constitución de la asociación, organización, sociedad, agremiación o empresa.
- f) En el caso de las asociaciones de pacientes, certificación de la representación de la organización dentro de la patología correspondiente, indicando su representatividad.
- g) Correo electrónico de la asociación, sociedad, organización, agremiación o empresa. A este correo se enviará la invitación o convocatoria y la documentación respectiva, cuando haya lugar a ello.
- h) Número telefónico, fijo y celular.
- i) Indicar el número de asociados o de entidades que representa.
- j) Dirección física urbana o rural de la asociación, organización, sociedad o empresa.

Para ingresar a la herramienta Mi Vox-Pópuli y realizar el registro virtual puede acceder a la pestaña registrarme a través del siguiente enlace:

<https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/logica/frmdefault.aspx>

Para los casos en que el registro no se pueda realizar a través de la herramienta Mi Vox-Pópuli, la información debe ser enviada por alguno de los siguientes medios:

- Físicamente a la carrea 13 No. 32 — 76 código Postal 110311 de Bogotá D.C., con destino Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
- Al correo electrónico: participacion@MINSALUD.gov.co

Convocatoria La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud convocará a participar de esta fase a las asociaciones de usuarios o pacientes potencialmente afectados y a la ciudadanía en general, para lo cual desarrollará una estrategia que garantice la mayor difusión, considerando la disponibilidad de recursos.

Consulta Una vez finalizada la convocatoria, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud dispondrá de hasta cuarenta y cinco (45) días para adelantar el proceso de consulta de opinión de los participantes, que podrá ser virtual o presencial y tendrá como resultado el consolidado de estas opiniones.

Publicación del resultado de la consulta de opinión El consolidado de las opiniones emitidas por los participantes será publicado en el sitio web dispuesto por este Ministerio.

4. Fase de adopción y publicación de las decisiones.

Una vez recibido el consolidado de las opiniones de las asociaciones de usuarios y pacientes potencialmente afectados y de la ciudadanía, así como los conceptos y las recomendaciones del Grupo de Análisis Técnico Científico, este Ministerio adoptará la decisión frente a la ex-

clusión de cada una de las tecnologías, mediante acto administrativo debidamente motivado.

Servicios y tecnologías que no serán sometidos a este procedimiento. Los servicios y tecnologías no aprobados por autoridad competente o clasificados como cosméticos por el INVIMA, no serán sometidos al procedimiento establecido en este acto administrativo ante la evidencia de que configuran las causales previstas en los literales a) y d) del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y en consecuencia se entenderán no financiados con recursos públicos asignados a la salud.

Los servicios y las tecnologías con indicación específica para cualquier enfermedad rara o huérfana no serán sometidos al procedimiento establecido en este acto administrativo en el entendido que no podrán ser excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Actualización del listado de exclusiones. El listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud se actualizará cada dos (2) años.

Revisión de la decisión de una tecnología previamente excluida Cuando a una tecnología previamente excluida, ya no le sea aplicable el criterio de exclusión, podrá el interesado solicitar la revisión de la decisión a través de la herramienta dispuesta por este Ministerio, adjuntando la nueva evidencia que refute el (los) criterio (s) por los cuales la tecnología o servicio fue excluido, conforme a la metodología que se defina para el efecto.

4.4.3. Rendición de cuentas

La rendición de cuentas es una herramienta de control social que implica el suministro de información de la gestión y sus resultados a la comunidad.

Se adelanta una vez al año, mediante la realización de una audiencia pública, previa convocatoria, programación y organización de la misma.

En la audiencia pública, se informa acerca de la gestión adelantada en la prestación del servicio de salud, Contratación, Aspectos financieros y Satisfacción de Usuarios. La información presentada en la respectiva audiencia de rendición de cuentas puede ser consultada en el micrositio Rendición de Cuentas disponible en la página web de ALIANSALUD EPS, en donde podrá contactarnos si tiene alguna inquietud al respecto, en el siguiente link: <https://www.aliansalud.com.co/Paginas/rendicion-de-cuentas.aspx>

4.4.4. ¿Qué es el control social?

El control social a la gestión pública se concibe como una forma de participación que permite a los individuos y organizaciones de la sociedad influir en las condiciones de modo, tiempo y lugar en que se desarrolla en proceso de la gestión pública con el fin de regularlo, orientarlo y reorientarlo hacia el logro de los objetivos propuestos, la eficiente y transparente utilización de recursos, la prestación equitativa de los servicios y el cumplimiento de los fines sociales del estado.

4.4.5. Veedurías comunitarias en salud

La veeduría se concibe como el derecho y el deber que tiene todo ciudadano, individual o colectivamente, para vigilar, revisar y controlar la gestión pública, evaluar sus resultados y la prestación de los servicios públicos suministrados por el Estado o por los particulares. Estas acciones contribuyen, mediante sugerencias y recomendaciones, a que dichos planes, programas, proyectos respondan a criterios de calidad y a que se desarrolle en los tiempos propuestos y con una adecuada inversión de los recursos.

4.4.6. Solución de Conflictos

De conformidad con lo establecido en las disposiciones legales vigentes, los afiliados pueden solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud, específicamente ante la Superintendencia delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, su intervención para procurar la solución de los conflictos que se susciten con la EPS. Dicha intervención de la Superintendencia se podrá solicitar a través de las dos opciones que a continuación se presentan:

a. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los afiliados generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del SGSSS, afectando el acceso efectivo de los afiliados al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

b. Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud

Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del SGSSS y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

- Cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (plan obligatorio de salud), cuando su negativa por parte de las Entidades Promotoras de Salud o entidades que se les asimilen ponga en riesgo o amenace la salud del usuario, consultando la Constitución Política y las normas que regulen la materia.
- Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:
 1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.
 2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.
 3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.
- Conflictos derivados de la multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de este con los regímenes exceptuados.
- Conflictos relacionados con la libre elección de entidades aseguradoras, con la libre elección de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dentro de la red conformada por la entidad aseguradora; y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Conflictos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y/o entidades que se le asimilen y sus usuarios por la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, con excepción de aquellos expresamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.
- Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes debeat ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

La demanda dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud debe expresar con la mayor claridad las circunstancias de tiempo, modo y lugar; la pretensión, el derecho que se considere

violado, así como el nombre y dirección de notificación del demandante y debe adjuntar los documentos que soporten los hechos.

La demanda podrá ser presentada sin ninguna formalidad o autenticación; por memorial, u otro medio de comunicación escrito. No será necesario actuar por medio de apoderado, esto sin perjuicio de las normas vigentes para la representación y el derecho de postulación. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad.

4.5. Inspección, vigilancia y control.

Entidades que tienen facultades de inspección, vigilancia y control sobre ALIANSALUD EPS, en caso de que los afiliados por algún motivo necesiten contactarlas:

CIUDAD	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONOS	PÁGINA WEB
Bogotá	Ministerio de Salud y Protección Social	Carrera 13 32-76 Piso 1	Comutador: (601)3305000 Línea Gratuita fuera de Bogotá 01 8000 960020	www.minsalud.gov.co
Bogotá	Superintendencia Nacional de Salud	Carrera 13 N. 28-08, locales 21 y 22	PBX: (601)7442000 Línea Gratuita Nacional 01 8000 513 700	www.supersalud.gov.co
Bogotá	Secretaría Distrital de Salud	Carrera 32 12-81	(601) 3649090	www.saludcapital.gov.co

Cuando se presenten conflictos relacionados con la cobertura del plan de beneficios, el reconocimiento económico de gastos por parte de la persona afiliada, multiafilación, libre elección y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los usuarios tienen la posibilidad de acudir a la Superintendencia Nacional de Salud.

4.5.1. Otros mecanismos para exigir el cumplimiento de sus derechos

Los afiliados de **ALIANSALUD EPS** para exigir el cumplimiento de sus derechos también podrán acudir a la Defensoría del Pueblo, entidad encargada de velar por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos, cuya página web es www.defensoria.gov.co, a las Personerías y a las Veedurías Ciudadanas, que son mecanismos de participación y control social de carácter temporal, mediante los cuales los ciudadanos ejercen el derecho constitucional de controlar, de manera objetiva e imparcial, la administración y gestión de lo público.

En desarrollo de lo anterior, y sin perjuicio de las acciones constitucionales y legales, en la Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente se precisa que la persona afiliada podrá hacer uso de los siguientes mecanismos de protección:

- a. Presentar derechos de petición en los términos de la Ley 1755 de 2015 incorporada a la Ley 1437 de 2011, o la norma que la sustituya, 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.
- b. El derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formule cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable de acuerdo con lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1º de la Ley 1755 de 2015.
- c. El proceso jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019 y la práctica de medidas cautelares.

CAPÍTULO 5.

DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE

5.1. Glosario

Para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

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.

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.

Consentimiento Informado. Aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar un acto asistencial. Para tal fin, la persona deberá entender la naturaleza de la decisión tras recibir información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. El consentimiento informado se da en el momento de realización del procedimiento eutanásico, y se da como resultado de un proceso de comunicación, donde el médico y el equipo interdisciplinario han dado información clara objetiva, idónea y oportuna sobre la enfermedad o condición, estadio clínico y pronóstico, así como del proceso de la solicitud y del procedimiento a realizarse, a la persona que expresa la solicitud, así como de su derecho a desistir de la misma.

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.

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.

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.

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

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.

Solicitud de eutanasia. Expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente que desea adelantar el momento de muerte al encontrarse frente a sufrimiento provocado por una condición clínica de fin de vida. La solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. El documento de voluntad anticipada se considera una forma válida de expresión de la solicitud de eutanasia.

El derecho a morir dignamente es definido en la Resolución 229 de 2020 como las “Facultades que le permiten a una persona vivir con dignidad al final de su ciclo vital permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de la muerte.”

5.2 Cuidados paliativos

El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a enfermedades avanzadas, crónicas y/o terminales, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e intervención de problemas físicos, psicológicos y/o espirituales.

Se incluyen en la red que articula los servicios ambulatorios, hospitalarios y domiciliarios para ofrecer una atención con calidad, compasiva e integral tanto en pacientes oncológicos como no oncológicos.

El usuario puede acceder por medio de remisión de su médico tratante para garantizar el servicio en el ámbito que sea adecuado a su estado de enfermedad (ambulatorio, hospitalario o domiciliario).

5.3 Voluntades anticipadas

Por medio del “Documento de Voluntad Anticipada” (DVA) toda persona capaz, sana o enferma y en pleno uso de sus facultades legales y mentales, y como previsión de no poder tomar decisiones a futuro, declara de forma libre, consiente e informada su voluntad sobre sus preferencias en cuanto al cuidado de su salud e integridad física en el momento de estar en una situación en la que se agoten las opciones terapéuticas o curativas.

La formalización del documento se puede hacer de tres formas:

- **Notaría**

El documento puede suscribirse en notaría o de forma asistida por el notario en el domicilio de la persona. Se deberá protocolizar una escritura pública que se ajuste a la normativa pertinente en materia notarial.

La certificación ante notario no puede ser exigida por parte de terceros para darle validez al contenido de las otras dos formas de expresión.

- **Médico tratante**

Se firmará el documento con la asesoría de un profesional médico, quien debe indicar y firmar sus nombres, apellidos, número de registro médico y documento de identificación. No requiere testigos.

- **Testigos**

Otra alternativa es en presencia de dos testigos. Ambos deben firmar el documento indicando sus nombres y número de identificación. Si se elige hacer video para la suscripción, los testigos deben aparecer en la grabación y declarar sus nombres y número de identificación.

El paciente deberá informar al personal de salud sobre la existencia de este DVA o en su defecto, su familiar o representante legal.

5.4 Eutanasia

La Eutanasia es una de las dimensiones del derecho a morir dignamente, pero no la única; sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte incluyendo el cuidado paliativo, sin que éste último se entienda como exclusivo del final de la vida, sino ante todo, como una forma de aliviar el sufrimiento y lograr la mejor calidad de vida para la persona y su familia en consonancia con lo previsto en el artículo 4 de la Ley 1733 de 2014 (**tomado de la Resolución 971 de 2021)

Uno de los criterios para garantizar el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia es la prevalencia de la autonomía del paciente e igualmente puede desistir de su deseo en cualquier momento del proceso.

La solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente por una declaración verbal o escrita y de manera indirecta por un documento de voluntad anticipada (DVA) Requisitos mínimos para expresar una solicitud:

- Presencia de una condición clínica de fin de vida, esto es, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía.
- Presentar sufrimiento secundario a ésta.
- Estar en condiciones de expresar la solicitud de manera directa o de manera indirecta a través de un DVA
- Según sentencia C-233 de 2021. Por la cual se amplía el derecho fundamental a morir dignamente (eutanasia) para aquellos pacientes que padeczan una enfermedad o lesión grave e incurable que les provoque intenso sufrimiento

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 971 de 2021 se fija el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y el funcionamiento del comité para hacer efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia:

- Todos los médicos son competentes para recibir una solicitud de eutanasia, este acto asistencial no está limitado, ni es exclusivo de los médicos tratantes o de la especialidad del diagnóstico que motiva la condición del final de la vida. El médico revisará que la solicitud sea voluntaria, informada e inequívoca. Verifica las condiciones clínicas mínimas que aplican para esta solicitud. Registrarán en la historia clínica la solicitud y activará el reporte al Comité científico interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad.
- Adicionalmente el médico informará sobre los derechos a: la adecuación del esfuerzo terapéutico, recibir atención por cuidados paliativos, desistir de la solicitud en cualquier momento y el proceso de activación del comité.
- La recepción de la solicitud activa un proceso asistencial que lleva a evaluaciones y verificaciones por las partes respectivas a las valoraciones que determinan el cumplimiento de las condiciones lo cual debe realizarse en el transcurso de 10 días calendario luego de la expresión de la solicitud.
- El Comité científico – interdisciplinario de la IPS validará el cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente. Si el Comité aprueba la solicitud, se consultará con el paciente para que éste, de forma libre y voluntaria reitere su decisión; en tal caso con la aprobación del Comité y la confirmación del paciente, la IPS designada para tal fin, previa firma de consentimiento informado procederá a realizar el procedimiento en la fecha señalada por el paciente o en un plazo máximo de 15 días.
- Si el Comité no aprueba la solicitud, el paciente puede acudir a un segundo concepto de un comité conformado por integrantes diferentes a los que sesionaron previamente.

Para garantizar el derecho a morir con dignidad de los Niños, Niñas y Adolescentes aplica lo descrito anteriormente y adicionalmente, las consideraciones siguientes:

- Este No aplica a la primera infancia.
- La aplicación del derecho a morir con dignidad parte del desarrollo neurocognitivo y psicológico del menor de edad.
- La información previa a quien ejerza la patria potestad y la valoración al paciente por parte del tratante junto con un grupo interdisciplinario para verificar la decisión del paciente conforme a su desarrollo psicológico.
- Es necesaria la valoración por psiquiatría infantil para menores de 6 a 12 años previo a remitir el caso al Comité científico – interdisciplinario.

- Es necesaria la concurrencia del consentimiento de quien ejerza la patria potestad de conformidad con el artículo 10 de la resolución 825 de 2018.

Dentro del proceso, son funciones de la EPS:

- Tiene la función de coordinar la atención requerida en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que cuenten con los respectivos servicios habilitados para tener conformado el Comité Científico Interdisciplinario de muerte digna.
- Garantiza el acceso a los servicios de salud que sean pertinentes para definir la condición de salud, de acuerdo con la patología que presente el paciente, con el fin de que pueda determinarse la realización o no del procedimiento.
- Vela por el acceso a los servicios de apoyo psicológico para el paciente y su familia, y que efectivamente pueda acceder al comité interdisciplinario descrito previamente.
- Una vez sea recibida la solicitud, teniendo en cuenta la normatividad vigente, y se manifieste el deseo de la realización del procedimiento para materializar el derecho a morir dignamente, se activará el proceso con las valoraciones por los profesionales requeridos y el comité hará la revisión y discusión del caso para tomar una decisión final.
- Durante todo este proceso, se pueden incorporar a los familiares para recibir el acompañamiento psicológico y médico que sea necesario. En cualquier momento el paciente podrá cambiar de decisión y optar por otras alternativas, lo cual debe informar directamente a la EPS y/o al prestador a través de cualquier medio idóneo.
- La EPS no interferirá en ningún sentido en la solicitud o decisión que tome el paciente en relación al derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia mediante actuaciones o prácticas que lo afecten o vicien.
- Velará por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

5.5. Derechos del paciente en lo concerniente a morir dignamente.

- 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 objector 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.

5.6. 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.

CAPÍTULO 6.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

6.1 Expedición de incapacidades y licencias

En la expedición de incapacidades el médico u odontólogo tratante, es quien determina el período de incapacidad y expide el respectivo certificado hasta por un máximo de 30 días, los cuales puede prorrogar, según criterio clínico y la actividad laboral del usuario.

El certificado de incapacidad debe contener como mínimo:

1. Razón social o apellidos y nombres del prestador de servicios de salud que atendió al paciente
2. Nit del prestador de servicios de salud
3. Código de prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud
4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada
5. Lugar y fecha de expedición
6. Nombre del afiliado, tipo y numero de documento de identidad
7. Grupo de servicios:
 - Consulta externa
 - Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica
 - Internación
 - Quirúrgico
 - Atención inmediata
8. Modalidad de la prestación del servicio:
 - Intramural
 - Extramural unidad móvil
 - Extramural domiciliaria
 - Extramural jornada de salud
 - Telemedicina interactiva
 - Telemedicina no interactiva
 - Telemedicina telexperticia
 - Telemedicina telemontitoreo
9. Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE, vigente
10. Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE vigente
11. Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)
12. Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o laboral
13. Fecha de inicio y terminación de la incapacidad
14. Prorroga: Si o No
15. Incapacidad retroactiva:

- Urgencias o internación del paciente
 - Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y lugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo
 - Evento catastrófico y terrorista.
16. Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide

Si la información aportada no cumple con alguno(s) del ítem(s) descritos o presenta tachones, enmendaduras o inconsistencias, la solicitud de reconocimiento será rechazada por la EPS.

Certificados de incapacidad de origen común por eventos ocurridos con anterioridad o retroactivos. No se podrán expedir certificados de incapacidad por eventos ocurridos con anterioridad, salvo en las siguientes situaciones:

- Urgencia o internación del afiliado
- Trastornos de la memoria, confusión mental, desorientación en persona, tiempo y lugar y otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico.
- Eventos catastróficos y terroristas.

En estos casos, el médico tratante expedirá certificado de incapacidad de origen común con una retroactividad que no podrá ser superior a treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición, en los términos establecidos en el presente decreto. No habrá lugar a expedir certificado de incapacidad con vigencia retroactiva tratándose de atención ambulatoria.

Expedición de certificados de incapacidad de origen común con fecha de inicio posterior a la de expedición. Se puede expedir certificado de incapacidad con fecha de inicio prospectiva cuando se trate de prórroga por el mismo diagnóstico o por un diagnóstico relacionado y este se expida en una consulta de control realizada máximo dentro de los ocho (8) días anteriores a la fecha en que finaliza el período de incapacidad que se va a prorrogar o en el caso que, existiendo una incapacidad, se genere un evento diferente que se sobreponga, sin que los días de incapacidad otorgados se acumulen.

Certificados de incapacidad de origen común expedidos en otro país. Los certificados de incapacidad de origen común expedidos en otro país, para efectos de su reconocimiento por parte de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, deberán ser legalizados o apostillados en la embajada o el consulado de Colombia o en su defecto, en el de una nación amiga. Será indispensable adjuntar el resumen de la historia clínica o epicrisis. Tanto el certificado como la historia clínica o epicrisis deben estar traducidos al español por traductor oficial.

Parágrafo. El aportante dispone de seis (6) meses a partir de la fecha en que efectivamente se originó la incapacidad de origen común, para solicitar ante la entidad promotora de salud o entidad adaptada la validación del certificado expedido en otro país.

Certificados de licencia de maternidad o documento equivalente expedido en otro país. Los certificados de licencia de maternidad o documento equivalente expedidos en otro país, para efectos de su reconocimiento por parte de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, deberán ser legalizados o apostillados en la embajada o el consulado de Colombia o en su defecto, en el de una nación amiga. Será indispensable adjuntar el resumen de historia clínica o epicrisis. Tanto el certificado como el resumen de historia clínica o epicrisis deben estar traducidos al español por traductor oficial.

Parágrafo. El aportante dispone de seis (6) meses a partir de la fecha en que efectivamente se originó la licencia de maternidad, para solicitar ante la entidad promotora de salud o entidad adaptada la validación del certificado expedido en otro país.

6.2. Negación de reconocimiento de incapacidades y licencias

Los empleadores o trabajadores independientes no tendrán derecho al pago de la incapacidad o licencia, en los siguientes casos:

- Incapacidades iniciales por enfermedad general o accidentes de tránsito, por períodos inferiores a dos días.
- Usuarios en periodo de protección laboral.
- Usuarios cotizantes que no hubieran efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas.
- Usuarios que durante los períodos de suspensión por mora tengan una incapacidad, licencia de maternidad y paternidad, teniendo en cuenta que su pago estará a cargo del empleador.
- No haber suministrado información veraz dentro de los documentos de afiliación y de autoliquidación de aportes al SGSSS.
- Incapacidad emitida al usuario por una entidad o médico que no pertenezca a la red adscrita o autorizada de ALIANSALUD EPS excepto para casos derivados de urgencias vitales o que hayan sido cubierto por una medicina prepagada o una póliza de hospitalización y cirugía.
- Incapacidades originadas por tratamientos o procedimientos con fines estéticos, cosméticos o que se encuentren excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones.
- Incapacidades emitidas durante el periodo de licencia de maternidad, independiente del tipo de contingencia.
- Licencias de paternidad radicadas después de los 30 días hábiles a la fecha de nacimiento del menor.
- No se tomarán en cuenta para reliquidar incapacidades, las correcciones en el valor del IBC una vez iniciada la incapacidad o licencia de maternidad.
- Incapacidades relacionadas con un accidente de trabajo y/o enfermedad profesional confirmada.
- Usuarios afiliados en calidad de dependientes o independientes, que a su vez tengan pensión por invalidez y que la incapacidad esté relacionada con el motivo de la pensión.
- En los casos en los cuales se identifiquen y/o determinen fraudes de incapacidad.
- Incapacidades expedidas por medicina legal.
- Prórroga de incapacidades ambulatorias retroactivas o prospectivas.
- Cuando se haya realizado calificación de pérdida de capacidad laboral y esta fue menor al 50%, no se reconocerá incapacidades derivadas del mismo diagnóstico o diagnósticos asociados.
- Licencias de maternidad o paternidad de adopción con padres que son pensionados.
- Cuando al hacer la revisión de la incapacidad o licencia no se hayan aportado todos los documentos requeridos al momento de radicar la solicitud de reconocimiento.
- Cuando el certificado de incapacidad o de licencia es inconsistente porque no contiene los datos requeridos.
- Cuando el usuario no se encuentra vigente como cotizante en la EPS en la fecha de inicio de la incapacidad o licencia.

6.3. Documentos soporte para reconocimiento de incapacidades y licencias

a. Incapacidad por enfermedad general, accidente de tránsito o licencia por descanso remunerado por aborto:

- Declaratoria de incapacidad original.
- **Incapacidad emitida por la red adscrita de la EPS:** Es opcional presentar

soporte de historia clínica. Si no lo adjunta, la consulta se realizará desde el área de Prestaciones Económicas de la EPS.

- **Incapacidad emitida por red no adscrita a la EPS:** Certificado con los campos requeridos en el Decreto 1427 del 2022, historia clínica y radicación ante la EPS dentro de los 15 días después de la fecha de inicio.
- b. **Incapacidades superiores a 540 días:** Para el reconocimiento de las incapacidades cuyo acumulado continuo sea hasta 540 días, es necesario presentar la certificación de pagos de la AFP y carta ejecutoria ó PCL en firme sin controversia.

c. Licencia de Maternidad

Condiciones para el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica derivada de la licencia de maternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que la afiliada, acredite las siguientes condiciones al momento del parto:

1. Estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante y en estado activo.
2. Haber efectuado aportes durante los meses que correspondan al periodo de gestación.
3. Contar con el certificado de licencia de maternidad expedido por el médico de la red de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.

Habrá lugar al reconocimiento de la licencia de maternidad siempre y cuando el pago de la totalidad de las cotizaciones correspondientes al periodo de gestación se haya realizado máximo en la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la licencia junto con sus intereses de mora, cuando haya lugar.

A las afiliadas que hubieren cotizado por un periodo inferior al de la gestación, se les reconocerá y pagará proporcionalmente como valor de la licencia de maternidad, un monto equivalente al número de días cotizados frente al periodo real de gestación, salvo lo previsto en el artículo 2.2.3.2.3 del Decreto 1427 de 2022, para las trabajadoras independientes con un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal mensual vigente.

El certificado de licencia de maternidad expedido por el médico tratante que debe contener como mínimo la siguiente información:

1. Razón social o nombres y apellidos del prestador de servicios de salud donde se atendió el parto
2. NIT del prestador de servicios de salud
3. Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada
5. Lugar y fecha de expedición
6. Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad
7. Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE vigente
8. Código del diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE vigente
9. Fecha probable del parto
10. Fecha de inicio y terminación de la licencia de maternidad
11. Días de licencia de maternidad
12. Edad gestacional en semanas
13. Embarazo múltiple Si o No
14. Número de nacidos vivos

15. Número del certificado de cada nacido vivo
16. Nombre, tipo y número de identificación y firma del médico que lo expide Adicional se debe adjuntar:

- Registro civil o certificado de nacido vivo.
- Para los casos de adopción, acta de entrega definitiva del menor a los padres adoptantes por parte del ICBF o en su defecto expedida por las casas de adopción reconocidas por el mismo instituto.

d. Licencia de Paternidad

- Registro civil, el cual deberá presentarse a la EPS máximo dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de nacimiento del menor.
- Para los casos de adopción, Acta de entrega definitiva del menor a los padres adoptantes por parte del ICBF o en su defecto expedida por las casas de adopción reconocidas por el mismo instituto.

e. Licencia parental compartida

Los padres podrán distribuir libremente entre sí las últimas seis (6) semanas de la licencia de la madre, siempre y cuando cumplan las condiciones y requisitos dispuestos a continuación. Esta licencia, en el caso de la madre, es independiente del permiso de lactancia

La licencia parental compartida se regirá por las siguientes condiciones:

1. El tiempo de licencia parental compartida se contará a partir de la fecha del parto. Salvo que el médico tratante haya determinado que la madre deba tomar entre una o dos semanas de licencia previas a la fecha probable del parto o por determinación de la madre.
2. La madre deberá tomar como mínimo las primeras doce semanas después del parto, las cuales serán intransferibles. Las restantes seis semanas podrán ser distribuidas entre la madre y el padre, de común acuerdo entre los dos. El tiempo de licencia del padre no podrá ser recortado en aplicación de esta figura.
3. En ningún caso se podrán fragmentar, intercalar ni tomar de manera simultánea los períodos de licencia salvo por enfermedad postparto de la madre, debidamente certificada por el médico.
4. La licencia parental compartida será remunerada con base en el salario de quien disfrute de la licencia por el período correspondiente. El pago de la misma estará a cargo del respectivo empleador o EPS, acorde con la normatividad vigente.

Los beneficiarios deberán cumplir los siguientes requisitos

1. El único soporte válido para el otorgamiento de licencia compartida es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento del menor.
2. Debe existir mutuo acuerdo entre los padres acerca de la distribución de las semanas de licencia. Ambos padres deberán realizar un documento firmado explicando la distribución acordada y presentarla ante sus empleadores, en un término de 30 días contados a partir del nacimiento del menor.
3. El médico tratante debe autorizar por escrito el acuerdo de los padres, a fin de garantizar la salud de la madre y el recién nacido.
4. Los padres deberán presentar ante el empleador un certificado médico, en el cual debe constar:
 - El estado de embarazo de la mujer; o una constancia del nacimiento del menor.
 - La indicación del día probable del parto, o la fecha del nacimiento del menor.
 - La indicación del día desde el cual empezarían las licencias de cada uno.

- La licencia parental compartida también se aplicará con respecto a los niños prematuros y adoptivos, teniendo en cuenta el presente artículo.

f. Licencia parental flexible

La madre y/o padre podrán optar por una licencia parental flexible de tiempo parcial, en la cual, podrán cambiar un periodo determinado de su licencia de maternidad o de paternidad por un período de trabajo de medio tiempo, equivalente al doble del tiempo correspondiente al período de tiempo seleccionado. Esta licencia, en el caso de la madre, es independiente del permiso de lactancia.

La licencia parental flexible de tiempo parcial se regirá por las siguientes condiciones:

1. Los padres podrán usar esta figura antes de la semana 2 de su licencia de paternidad; las madres, no antes de la semana 13 de su licencia de maternidad.
2. El tiempo de licencia parental flexible de tiempo parcial se contará a partir de la fecha del parto. Salvo que el médico tratante haya determinado que la madre deba tomar una o dos semanas de licencia previas a la fecha probable del parto. Los períodos seleccionados para la licencia parental flexible no podrán interrumpirse y retomarse posteriormente. Deberán ser continuos, salvo aquellos casos en que medie acuerdo entre el empleador y el trabajador.
3. La licencia parental flexible de tiempo parcial será remunerada con base en el salario de quien disfrute de la licencia por el período correspondiente. El pago de la misma estará a cargo del respectivo empleador o EPS. El pago del salario por el tiempo parcial laborado se regirá acorde con la normatividad vigente.
4. La licencia parental flexible de tiempo parcial también podrá ser utilizada por madres y/o padres que también hagan uso de la licencia parental compartida, observando las condiciones señaladas.

Los beneficiarios deberán cumplir los siguientes requisitos:

1. El único soporte válido para el otorgamiento de licencia parental flexible de tiempo parcial es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento del menor.
2. Debe existir mutuo acuerdo entre los empleadores y los trabajadores. El acuerdo deberá ir acompañado de un certificado médico que dé cuenta de:
 - El estado de embarazo de la mujer; o constancia del nacimiento.
 - La indicación del día probable del parto, o indicación de fecha del parto
 - La indicación del día desde el cual empezaría la licencia correspondiente. Este acuerdo deberá consultarse con el empleador a más tardar dentro de los 30 días siguientes al nacimiento. El empleador deberá dar respuesta a la solicitud dentro de los cinco (5) hábiles siguientes a su presentación.

La licencia parental flexible de tiempo parcial también se aplicará con respecto a los niños prematuros y adoptivos, teniendo en cuenta lo dispuesto en esta ley en esos casos. Aplica también para trabajadores del sector público.

g. Incapacidad laboral (accidente de trabajo o enfermedad profesional)

- Declaratoria de incapacidad original.
- Si es un accidente de trabajo, Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) debidamente diligenciado.
- Si es una enfermedad laboral confirmada, certificado de calificación de origen profesional de la enfermedad expedido por la ARL o una Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez.

- Incapacidad emitida por la red adscrita de la EPS: es opcional para el usuario presentar soporte de historia clínica. Si no lo adjunta, la consulta se realizará desde el área de Prestaciones Económicas de la EPS.
- Incapacidad emitida por red no adscrita: se debe aportar la historia clínica.

6.4. Reconocimiento de incapacidades y licencias

CONTINGENCIA	TIPO	PRESTACIÓN ECONÓMICA	OBSERVACIÓN
ENFERMEDAD GENERAL O ACCIDENTE DE TRÁNSITO	Inicial	66.67% del IBC a partir del tercer día	No puede ser inferior al mínimo
	Prórroga	66.67% del IBC hasta el día 90 y 50% del IBC a partir del día 91 hasta el día 180	
LICENCIA DE PATERNIDAD		100% del IBC por 8 días hábiles	
LICENCIA DE MATERNIDAD		100% del IBC	
DESCANSO REMUNERADO POR ABORTO		100% del IBC máximo por 28 días calendario	
LABORAL		100% del IBC	A cargo de ARL

6.5. Días y porcentaje a reconocer por tipo de contingencia de la prestación económica

6.5.1. Enfermedad general y Accidente de tránsito

La EPS reconoce subsidio económico hasta por 180 días continuos o discontinuos sin interrupción mayor a treinta (30) días, de la siguiente forma.

Dos terceras partes (66,67%) del IBC desde el día 3 hasta el día 90 y 50% del IBC para los noventa días restantes hasta el día 180.

El valor del subsidio económico no podrá ser inferior al valor del salario mínimo legal vigente o de lo contrario se ajustará al valor del mismo.

A partir del día 541 de incapacidad se liquidarán con el 50% del IBC.

6.5.2. Accidente de trabajo y Enfermedad profesional (Laboral)

El subsidio económico derivado de esta contingencia debe ser reconocido por la ARL correspondiente.

6.5.3. Licencia de maternidad

El subsidio económico será del 100 % del IBC que haya cotizado al momento de inicio de la licencia. Según los días de licencia que le corresponda de acuerdo con la ley 1822 de 2017:

- 14 semanas equivalentes a 98 días para nacimientos iguales o anteriores al 3 de enero de 2017.
- 18 semanas equivalentes a 126 días para nacimientos iguales o posteriores al 4 de enero de 2017.
- 2 semanas adicionales para partos múltiples.
- Para partos prematuros se le suman la diferencia entre la fecha probable de parto y

- la fecha de nacimiento, la fecha de parto a término o fecha probable de parto debe ser registrada por el médico en el certificado médico de la licencia de maternidad.
- En caso de fallecimiento de la madre antes de terminar la licencia por maternidad, el empleador del padre del niño le concederá una licencia de duración equivalente al tiempo que falta para expiration el periodo de la licencia concedida a la madre. Dicha licencia será reconocida por la EPS a la cual se encuentre afiliado el padre.

6.5.4. Licencia de maternidad para usuarias independientes y con IBC de 1 SMMLV

De acuerdo a lo estipulado en el decreto 780 de 2016 se define que:

- a. Si la madre cotizó todo el periodo de la gestación: se liquida la licencia completa de acuerdo a los días indicados en el numeral 3.
- b. Si la madre dejó de cotizar hasta máximo 2 periodos de la gestación: se liquida la licencia completa de acuerdo a los días indicados en el numeral 3.
- c. Si la madre presenta más de 3 periodos sin cotizar: se liquida la licencia proporcional al tiempo cotizado y de acuerdo a los días indicados en el numeral 3.

6.5.5. Licencia de Maternidad Pareja Homoparental

Mediante la Ley 1822 de 2017, se hicieron extensivos los beneficios de la licencia de maternidad, no solo a la madre adoptante, sino al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre, o de aquel que adquiere la custodia justo después del nacimiento.

Así las cosas, el reconocimiento de la licencia de maternidad no puede supeditarse únicamente a la existencia de una madre, pues como bien lo ha mencionado la corte, cualquier condicionamiento de género sería considerado como discriminatorio, más aún cuando dicha licencia se conecta de forma estrecha con los derechos fundamentales del menor. En este sentido, no obstante existen unos aspectos carentes de regulación específica como el procedimiento de subrogación de útero (llevado a cabo fuera del país), no se pueden desconocer los derechos prevalentes de la menor que está por nacer y el propósito legal y constitucional de la prestación económica solicitada, en virtud de lo cual, se considera que verificando el cumplimiento de los requisitos que establece la reglamentación vigente, habría lugar al reconocimiento de la licencia de maternidad otorgada a uno de los padres que conforman la familia homoparental.

De esta forma, si usted cotiza al SGSSS y ha efectuado los aportes durante los meses correspondientes a la gestación, conforme lo indica el artículo 2.1.13.1 del Decreto 780 de 2016 tendría derecho al reconocimiento de la licencia de maternidad, con fundamento en lo hasta aquí expuesto. Es pertinente señalar que la verificación de la documentación correspondiente al reconocimiento de la prestación económica deberá surtir el análisis que dé cuenta del cumplimiento de los requisitos de manera objetiva, sin que esto llegare a vulnerar en algún modo los derechos del solicitante ni del menor.

Licencia de paternidad El valor del subsidio económico equivale al 100 % del IBC que haya cotizado al momento de inicio de la licencia. La licencia será reconocida por 2 semanas.

Para su reconocimiento y pago, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que el afiliado cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al periodo de gestación de la madre, procediendo el reconocimiento proporcional por cotizaciones, cuando hubiere cotizado por un periodo inferior al de la gestación.

6.5.6. Descanso remunerado por aborto

El valor del subsidio económico equivale al 100 % del IBC que haya cotizado al momento de inicio de la licencia. Este tipo de incapacidad se otorga máximo por 28 días calendario.

6.6. Remisión a la Administradora de Fondo de Pensiones - AFP

La EPS debe remitir al usuario al Fondo de Pensiones cuando presente una acumulación de más de 120 días continuos de incapacidad por el mismo diagnóstico o un diagnóstico

relacionado y para ello emitirá un concepto de rehabilitación el cual puede ser favorable o desfavorable.

Lo anterior de acuerdo con lo establecido en el artículo 227 del Código Sustantivo del trabajo (CST), el cual define que las EPS deberán reconocer únicamente hasta 180 días de incapacidad, a partir del día 181 corresponde a la Administradora de Fondo de Pensiones AFP, o bien reconocer el pago de la pensión de invalidez o bien, seguir pagando la incapacidad hasta que se produzca la rehabilitación si es que hay concepto favorable para ello.

De acuerdo al decreto 019 de 2012 artículo 142, para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

6.6.1. Pago de Incapacidades superiores a 540 días

El pago de las incapacidades superiores a 540 días debe ser asumido por las EPS en los siguientes casos:

- Cuando exista concepto favorable de rehabilitación expedido por el médico tratante, en virtud del cual se requiera continuar el tratamiento médico.
- Cuando el paciente no haya tenido recuperación durante el curso de la enfermedad o lesión que originó la incapacidad por enfermedad general de origen común, habiéndose seguido con los protocolos y guías de atención y las recomendaciones del médico tratante.
- Cuando por enfermedades concomitantes se haya presentado nuevas situaciones que prolonguen el tiempo de recuperación del paciente.

De presentar el afiliado cualquiera de las situaciones antes previstas, la EPS deberá reiniciar el pago de las prestaciones económicas a partir del día quinientos cuarenta y uno.

Dicha responsabilidad se extiende hasta el momento en el que el usuario se encuentre en condiciones de reincorporarse a la vida laboral o hasta que se determine una pérdida de la capacidad laboral superior al 50%.

6.6.2. Causales en las que se constituye abuso del derecho.

Son causales de abuso del derecho las siguientes conductas:

1. Cuando se establezca por parte de la EPS o EOC que el cotizante no ha seguido el tratamiento y terapias ordenadas por el médico tratante, no asista a las valoraciones, exámenes y controles o no cumpla con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación en al menos el 30% de las situaciones descritas.
2. Cuando el cotizante no asista a los exámenes y valoraciones para determinar la pérdida de capacidad laboral.
3. Cuando se detecte presunta alteración o posible fraude en alguna de las etapas del curso de la incapacidad, para lo cual el caso se pondrá en conocimiento de las autoridades competentes, quedando obligado a ello quien detecte tal situación.
4. La comisión por parte del usuario de actos o conductas presuntamente contrarias a la ley relacionadas con su estado de salud.
5. Cuando se detecte fraude al otorgar la certificación de incapacidad.
6. Cuando se detecte que el cotizante busca el reconocimiento y pago de la incapacidad tanto en la EPS - EOC como en la ARL por la misma causa, generando un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

7. Cuando se efectúen cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos falsos.
8. Cuando se detecte durante el tiempo de incapacidad que el cotizante se encuentra emprendiendo una actividad alterna que le impide su recuperación y de la cual deriva ingresos.

Las conductas descritas en los numerales 1, 2 Y 6 deberán ser resueltas por la EPS o EOC, y las correspondientes a los numerales 3, 4, 5 Y 7 serán puestas en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación, aportando las pruebas con que cuenta, a fin de determinar la posible existencia de hechos punibles y su eventual traslado a la Jurisdicción Penal.

La conducta prevista en el numeral 8 deberá ser puesta en conocimiento de la EPS por parte del empleador, a quien le corresponderá aportar las pruebas que pretenda hacer valer.

6.6.3. Procedimiento administrativo frente al abuso del derecho en incapacidades por enfermedad general de origen común.

Una vez la EPS o EOC detecte que el cotizante no ha seguido el tratamiento, no ha asistido a las terapias, valoraciones, exámenes y controles ordenados o no ha cumplido con los procedimientos y recomendaciones necesarias para su rehabilitación, en un porcentaje como mínimo del 30%, se enviará comunicación al usuario, con copia a la ARL según sea el caso, indicándole la situación evidenciada e invitándolo a que dé las explicaciones correspondientes.

Tratándose de la conducta descrita en el numeral 8, una vez sea informada la EPS por parte del empleador, aportando las pruebas en que fundamente tal afirmación, enviará comunicación al usuario indicándole la situación evidenciada e invitándolo a que, dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta, dé las explicaciones correspondientes. Dentro de los tres (3) días siguientes al recibo de los argumentos expuestos por el usuario, la EPS o EOC procederá a suscribir acuerdo en el que el cotizante incapacitado se comprometa con la EPS o EOC a atender las órdenes prescritas por el profesional de la salud, so pena de que le sea suspendido el reconocimiento económico. En caso de no recibir respuesta por parte del cotizante, o de ser reincidente en las conductas descritas en los numerales 1, 2, 6 Y 8, se procederá a suspender el pago de la prestación económica, mientras se suscribe el acuerdo en los términos antes expuestos y se evidencie el cumplimiento de las órdenes prescritas por el profesional de la salud. Esta suspensión será informada al aportante.

En ningún caso se podrá suspender la prestación asistencial al afiliado que incurra en abuso del derecho.

Cuando se determine que el reconocimiento de la prestación económica por incapacidad por enfermedad general de origen común proviene de alguna de las conductas definidas en los numerales 3, 4, 5 Y 7 del presente artículo y como consecuencia de ello la autoridad competente determine que existió un reconocimiento económico indebido, la EPS deberá, en defensa de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, efectuar el proceso de cobro respectivo al cotizante, a fin de obtener el reintegro de los recursos públicos.

6.7. Medicina laboral

a. Calificación de origen de enfermedad Objetivo:

Tiene como fin establecer el origen de una patología, diferenciando si es de origen profesional, causada por la exposición a un factor de riesgo laboral o si es de origen común para establecer la entidad encargada de las prestaciones asistenciales y económicas.

Requisitos para el trámite:

- El usuario debe tener afiliación vigente como cotizante en la EPS para comenzar el proceso.

- El usuario debe haber sido visto por un especialista relacionado con la enfermedad motivo de calificación y contar con todos los exámenes paraclínicos necesarios que sustenten el diagnóstico. Es importante aclarar que para hacer la calificación el usuario ya debe tener un diagnóstico definitivo y no solo una sospecha.
- Aportar la documentación solicitada por la EPS en el menor tiempo posible para no dilatar la calificación.

Pasos a seguir:

1. Acercarse a la oficina de la EPS y radicar una solicitud de calificación de origen.
2. La EPS generará solicitud de documentos al usuario y a la empresa, si el usuario ya ha aportado la totalidad de los documentos, el usuario será excluido de esta solicitud.
3. Cuando la documentación solicitada esté completa, se entregará el caso al comité calificador el cual tiene 30 días calendario para dar respuesta.
4. Si el comité considera que hay que aportar documentación adicional, procederá a notificar al usuario y/o empresa; una vez se alleguen los soportes, el comité retomará el caso.
5. El comité calificador emite dictamen de calificación de origen en primera oportunidad, el cual se notificará a las partes interesadas (ARL, AFP, usuario y empresa).
6. De acuerdo con el artículo 142 del decreto 019 de 2012 se tendrán 10 días a partir del recibido del dictamen para notificar el desacuerdo frente al mismo, de lo contrario se entiende aceptado el origen calificado por la EPS y el caso queda en firme.
7. Si se presenta un desacuerdo de alguna de las partes, el caso es remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, previo pago de honorarios por parte de la AFP o de la ARL respectivamente.
8. Cuando el caso es revisado por parte de la Junta Regional, se tendrán 10 días a partir del recibido del dictamen para notificar el desacuerdo frente al mismo, de lo contrario se entiende aceptado el origen definido por la Junta Regional y el caso queda en firme.
9. Si se presenta un desacuerdo nuevamente de alguna de las partes, el caso es remitido a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez por parte de la Junta regional, previo pago de honorarios por parte de la AFP o de la ARL respectivamente.
10. Cuando el caso es revisado por parte de la Junta Nacional el origen definido por ella es el queda en firme contra su pronunciamiento, solo cursa la justicia ordinaria laboral.

¿En qué casos se requiere que el usuario asista a consulta de medicina laboral?

Cuando al revisar la documentación allegada por las partes, es necesario verificar la condición clínica del usuario, en esos casos, se notificará telefónicamente para que conozca la fecha, lugar y hora de su cita.

Requisitos para el trámite:

- El usuario debe tener afiliación vigente como cotizante en la EPS para comenzar el proceso.
- Formulario de Datos ATEP completamente diligenciado
- Copia de las historias clínicas existentes en todas las instituciones en las cuales ha sido atendido, únicamente de la(s) patología(s) motivo de calificación.
- Copia de resultados de exámenes realizados (de laboratorio, radiografías, resonancias magnéticas, TAC, audiometrías, etc.)

El empleador debe presentar los siguientes documentos:

- Copia de las evaluaciones médicas ocupacionales que incluya exámenes de ingreso, periódicos o de egreso, o certificación de la empresa sobre la no existencia de los mismos.
- Copia de panorama de factores de riesgos actualizado, enviarlo al correo de medicinalaboral@aliensalud.com.co.
- Análisis de puesto de trabajo.
- Formato de certificado de cargos y labores diligenciado.
- Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional (FUREP).

Consideraciones:

El usuario debe continuar con su proceso de tratamiento y/o rehabilitación por parte de su médico tratante con independencia de la calificación de origen que adelante con la EPS.

b. Recomendaciones laborales Objetivo:

Establecer unas recomendaciones médicas relacionadas con la patología del usuario, ajustándolas con la ocupación, permitiendo así su reintegro laboral, de forma tal que estas recomendaciones puedan ser aplicadas por el área de salud ocupacional del empleador.

Requisitos para el trámite:

- El usuario debe tener afiliación vigente como cotizante en la EPS.
- El usuario debe estar a punto de reincorporarse o trabajando.
- Aportar la documentación solicitada por la EPS en el menor tiempo posible.

Pasos a seguir:

1. Acercarse a la oficina de la EPS y radicar una solicitud de recomendaciones laborales.
2. Posteriormente la EPS analizará el caso y solicita al usuario documentación.
3. Con los soportes solicitados el médico laboral emite las recomendaciones.
4. Se hace el envío de las recomendaciones a la dirección de correo electrónico registrada en el sistema al momento de hacer la solicitud o se entregarán en Oficina de atención.

¿En qué casos se requiere que el usuario asista a consulta de medicina laboral?

Cuando al revisar la documentación allegada, es necesario verificar la condición clínica del usuario, en esos casos se notificará telefónicamente para que conozca la fecha, lugar y hora de su cita.

Soportes documentales para gestionar la solicitud:

- Formulario de Datos ATEP completamente diligenciado
- Copia de las historias clínicas existentes en todas las instituciones en las cuales ha sido atendido, únicamente de la(s) patología(s) motivo de su recomendación.
- Certificado de cargos y funciones emitido por su empleador no superior a 30 días.

Consideraciones:

- Las recomendaciones laborales son parámetros que como su nombre lo indican, están en potestad de su empleador el acatarlas o no.
- Las solicitudes de reubicación son de competencia del empleador, siendo el área de salud ocupacional (o quién haga sus veces) del mismo, la responsable de realizar las adecuaciones administrativas y/o operativas necesarias para que el trabajador pueda cumplir de forma adecuada su tratamiento y reintegrarse a la actividad laboral.

- Es responsabilidad del empleador contratar y pagar las evaluaciones médicas ocupacionales y las valoraciones complementarias.
- Si la condición clínica del usuario mejora y no hay lugar a la ejecución de las recomendaciones laborales, el usuario debe informar al empleador para no continuar con ellas, dado que la EPS solo hace recomendaciones.

c. Solicitud: Elaboración de Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral – PCL

Objetivo:

Certificar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral de un usuario beneficiario a través de la elaboración de un dictamen de pérdida de capacidad laboral que determine su grado de invalidez.

La PCL se realizará únicamente con las siguientes finalidades:

1. Identificar la condición de discapacidad permanente para que el usuario permanezca afiliado como beneficiario.
2. Gestionar ante un Fondo de Pensiones una solicitud de pensión por sustitución.
3. Gestionar ante un juzgado un trámite de interdicción.
4. Proceso de certificación de discapacidad de los usuarios beneficiarios del cotizante para permanecer afiliados sin pago de UPC adicional.
5. En cualquier momento, cuando la EPS emita el concepto desfavorable de rehabilitación, se dará inicio al trámite de calificación de invalidez de que trata el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012.

Soportes documentales para gestionar la solicitud:

- Aportar la documentación solicitada por la EPS.
- Historia clínica completa desde el momento.

Requisitos para el trámite:

- El usuario debe tener afiliación vigente en la EPS como beneficiario.
- En el que se determinó el diagnóstico que le confiere la condición de discapacidad.
- Resultados de exámenes realizados (de laboratorio, radiografías, resonancias magnéticas, TAC, audiometrías, coeficiente intelectual, etc.)

Estos soportes se deben presentar al médico laboral el día de la consulta, no es requerido presentarlos en la oficina.

Pasos a seguir:

1. Acerarse a la oficina de la EPS y radicar una solicitud de elaboración de PCL donde indique la finalidad y utilización que se va a dar al dictamen.
2. Posteriormente la EPS hará apertura de su caso e informará al usuario la asignación de cita para valoración.
3. El día de la cita debe presentarse con la documentación requerida.
4. El médico laboral elabora la PCL.
5. El usuario reclama la PCL en la oficina de atención al usuario en la fecha indicada en la consulta.

En qué casos se requiere que el usuario asista a consulta de medicina laboral: Siempre se requiere verificar la condición clínica del usuario, por lo tanto, se asignará cita indicando la fecha, lugar y hora. A esta consulta debe asistir con los soportes documentales requeridos para gestionar la solicitud.

Consideraciones:

- El dictamen de pérdida de la capacidad laboral -PCL se emite en términos de porcentaje que va de 0 a 100; de 0 a 5% se considera una persona sin ningún grado de invalidez, de 5 a 49,9% se considera una persona con una incapacidad permanente parcial y más del 50% una persona con invalidez.
- 6. Este dictamen se realiza basado en el manual único de calificación de invalidez vigente (decreto 1507 de 2014).

d. Solicitud: Reporte de accidentes de trabajo

Objetivo:

Reportar a la EPS los accidentes de trabajo que le hayan ocurrido a sus trabajadores con el fin de que quede el registro de este en el sistema de la EPS.

Dar cumplimiento a lo indicado en la Resolución 156 de 2005 en su Artículo 3, que establece (...) "el empleador o contratante deberá notificar a la entidad promotora de salud a la que se encuentre afiliado el trabajador y a la correspondiente administradora de riesgos profesionales, sobre la ocurrencia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional, dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia (...).

Requisitos para el trámite:

- El usuario debe tener o haber tenido afiliación en la EPS como cotizante en la fecha de ocurrencia del accidente de trabajo.

Soportes documentales para gestionar la solicitud:

Empleador:

- Formato Único de Accidente de Trabajo - FURAT Usuario:
- Historia clínica completa en la cual se describa ocurrencia, mecanismo, fecha y hora del accidente laboral y lesión derivada del evento referido por el paciente.
- Certificado de cargos y funciones emitido por su empleador (con el que tuvo el accidente) no superior a 30 días.
- Descripción de los hechos ocurridos durante el accidente de trabajo.

Pasos a seguir:

1. Acercarse a la oficina de la EPS y radicar una solicitud de reporte de accidente de trabajo adjuntando la documentación completa.
2. Posteriormente la EPS hará apertura de su caso.
3. Si el empleador aportó el FURAT, se dejará registro en el sistema de información y el caso quedará confirmado como origen laboral.
4. Si el usuario aportó los soportes requeridos, se remite caso al comité calificador el cual tiene 30 días hábiles para emitir el dictamen.
5. Si el comité considera que hay que aportar documentación adicional, procederá a notificar al usuario y/o empresa; una vez se alleguen los soportes, el comité retomará el caso.
6. El comité calificador emite dictamen de calificación de origen en primera oportunidad, el cual se notificará a las partes interesadas (ARL, AFP, Usuario y empresa).
7. De acuerdo con el artículo 142 del decreto 019 de 2012, las partes interesadas tendrán 10 días hábiles a partir del recibido del dictamen para notificar el desacuerdo frente al mismo, de lo contrario se entiende aceptado el origen calificado por la EPS y el caso queda en firme. Este desacuerdo debe radicarse en la oficina de la EPS.
8. Si se presenta un desacuerdo de alguna de las partes, el caso es remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, previo pago de honorarios por parte de la AFP o de la ARL respectivamente.

9. Cuando el caso es revisado por parte de la Junta Regional, se tendrán 10 días hábiles a partir del recibido del dictamen para notificar el desacuerdo frente al mismo, de lo contrario se entiende aceptado el origen definido por la Junta Regional y el caso queda en firme.
10. Si se presenta un desacuerdo nuevamente de alguna de las partes, el caso es remitido a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez por parte de la Junta Regional, previo pago de honorarios por parte de la AFP o de la ARL respectivamente.
11. Cuando el caso es revisado por parte de la Junta Nacional el origen definido por ella es el queda en firme y contra su pronunciamiento, solo cursa la justicia ordinaria laboral.

En qué casos se requiere que el usuario asista a consulta de medicina laboral:

Cuando al revisar la documentación allegada por las partes, es necesario verificar la condición clínica del usuario, en esos casos, se notificará telefónicamente para que conozca la fecha, lugar y hora de su cita.

Consideraciones:

El usuario debe continuar con su proceso de tratamiento y/o rehabilitación por parte de su médico tratante con independencia de la calificación que adelante con la EPS.

e. Reconocimiento de condición de discapacidad

La Resolución 1197 de 2024 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, dicta las disposiciones en relación con el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).

La Secretaría Distrital de Salud es la entidad encargada de garantizar a los residentes de Bogotá el acceso al procedimiento de valoración de certificación de discapacidad, la respectiva inclusión en el RLCPD y la entrega del Certificado de Discapacidad, documento personal e intransferible, que únicamente puede ser expedido por las instituciones prestadoras de servicios de salud-IPS autorizadas por la Secretaría Distrital de Salud. Para mayor información consultar este link: <https://bogota.gov.co/servicios/guia-de-tramites-y-servicios/inscripcion-en-el-registro-para-la-localizacion-y-caracterizacion-de-las-personas-con-discapacidad>

Certificado para trámite de movilidad

Objetivo:

Certificar la condición de discapacidad de un usuario beneficiario o cotizante frente a la Secretaría de Tránsito y Transporte para el libre tránsito vehicular en horarios de pico y placa.

Requisitos para el trámite:

- El usuario debe tener afiliación vigente en la EPS.
- El usuario debe haber sido visto por un especialista relacionado con la enfermedad motivo de solicitud.
- Aportar la documentación solicitada por la EPS en el menor tiempo posible.

Pasos a seguir:

1. Acerarse a la oficina de la EPS y radicar una solicitud de certificado para movilidad.
2. Posteriormente la EPS hará apertura de su caso y solicita al usuario documentación en caso de ser necesario.
3. Si hay una discapacidad permanente la EPS, emite certificado de movilidad al usuario a la dirección registrada en el sistema al momento de radicar su solicitud.