



CARTA DE DERECHOS Y DEBERES

De los afiliados y pacientes en el sistema
general de seguridad social en salud

EDICIÓN 2020

CARTA DE DESEMPEÑO DE COMFASUCRE EPS

Apreciado afiliado,

En nombre de todo el equipo de COMFASUCRE EPS le damos una cordial bienvenida; nos complace que usted y su grupo familiar nos haya elegido como su EPS para brindarles la atención de los servicios de salud.

Queremos contarle que en COMFASUCRE EPS trabajamos cada día para brindarle a nuestros afiliados un mejor servicio, bajo un modelo de atención en salud que busca la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

A través de este documento queremos darle a conocer información de interés sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo, encontrará orientación para acceder a los servicios de salud, los programas de promoción y prevención con los que cuentan nuestros afiliados, los canales de comunicación que se tienen establecidos para la atención, los medios de participación ciudadana, los deberes y derechos, la red de oficinas y de Instituciones Prestadoras de Servicio adscritas a COMFASUCRE EPS, entre otros.

Igualmente damos a conocer el desempeño de nuestra EPS, para lo cual encontrará información sobre:

- Resultados de los indicadores de calidad de la EPS y de las instituciones prestadoras de servicios adscritas a nuestra entidad.
- Nivel de posicionamiento de la EPS obtenido en el Ranking que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Listado de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentran acreditadas.
- Indicadores financieros.

INTRODUCCIÓN

TABLA DE CONTENIDO

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y PACIENTES EN EL SGSSS

PÁG. 05
INFORMACIÓN GENERAL

- 1.1. Glosario
- 1.2. Plan de Beneficios, Exclusiones y Limitaciones
- 1.3. Inexistencia de Carencias
- 1.4. Demanda Inducida
- 1.5. Pagos Moderadores y Copagos
- 1.6. Red de Prestación de Servicios de Salud
- 1.7. Atención de Urgencia
- 1.8. Programas de Protección Específica y Detección Temprana
- 1.9. Rutas Integrales
- 1.10. Medios de contacto y acceso a servicios administrativos
- 1.11. Acceso a Servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (No PBS)
- 1.12. Transporte y Estadía
- 1.13. Información General de la Afiliación y Aseguramiento
- 1.14. Atención en Salud a la Población de Especial Protección
- 1.15. Participación Social

PÁG. 54
DERECHOS Y DEBERES

- 2.1. Derechos
- 2.2. Deberes

PÁG. 58
INSTITUCIONES Y RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS

- 3.1. Inspección, Vigilancia y Control
- 3.2. Mecanismos de Protección
- 3.3. Ley Estatutaria de Salud

PÁG. 61
DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE

- 4.1. Glosario
- 4.2. Derechos del paciente a morir dignamente
- 4.3. Deberes del paciente a morir dignamente

TABLA DE CONTENIDO

CARTA DE DESEMPEÑO

PÁG. **67**

INDICADORES DE
CALIDAD COMFASUCRE EPS

PÁG. **71**

INDICADORES DE
CALIDAD DE LA IPS

PÁG. **78**

POSICIÓN EN EL
ORDENAMIENTO (RANKING)

PÁG. **80**

ACREDITACIÓN

PÁG. **81**

COMPORTAMIENTO
COMO PAGADOR DE SERVICIOS

PÁG. **85**

SANCIONES

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y PACIENTES EN EL SGSSS



1 INFORMACIÓN GENERAL

Apreciado afiliado, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y de conformidad con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 229 del 2020, hacemos entrega de la “CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y PACIENTES”

Le damos una calurosa bienvenida a la gran familia COMFASUCRE EPS, quien velará por su salud y la de cada una de las personas que usted más quiere, mediante una atención oportuna, pertinente, integral, humanizada, respetuosa y dentro de los parámetros exigidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según la normatividad vigente.

COMFASUCRE EPS, cuenta con oficinas Municipales que lo guiarán en caso de cualquier inquietud, también puede ingresar a través de nuestro sitio web www.comfasucre.com o la línea de atención gratuita: 01 8000 938 810

1.1.

GLOSARIO

A continuación se detalla el significado de los términos que se utilizan con mayor frecuencia en este documento con el propósito de lograr una mayor comprensión de la información:

- **ADRES:** Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Afiliación:** Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud - EPS.
- **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.
- **Alianzas o Asociaciones de Usuarios:** Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.
- **Alto Costo:** Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.
- **Atención de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios en salud que busca preservar la vida y prevenir consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud, para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.
- **Autocuidado:** Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.
- **Beneficiarios:** Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.
- **BDUA:** Base de datos única de afiliados al SGSSS.
- **Cobertura:** Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan de Beneficios de Salud.
- **Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad, general o especializada, según la complejidad.
- **Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.
- **Consulta no programada:** Es la atención en salud que le brinda el Centro Médico, cuando usted o alguno de sus beneficiarios presenta una situación de salud que amerita una atención prioritaria, pero que no corresponde a una urgencia vital.
- **Cotización:** Es el aporte obligatorio que con base en el ingreso mensual hacen los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo.
- **Cotizante:** Las personas, nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, que por estar vinculadas a

través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

- **Cuotas Moderadoras:** Son los aportes en dinero que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus beneficiarios) por servicios que éstos demanden, que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular el buen uso del servicio de salud, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las Entidades Promotoras de Salud.
- **Copago:** Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante). No se paga en actividades de promoción y prevención, atención inicial de urgencias y enfermedades catastróficas.
- **Demanda Inducida:** Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.
- **Detección Temprana:** Es el 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.
- **EAPB:** Entidad Administradora de Planes de Beneficios
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud.
- **Enfermedad de alto costo:** Las enfermedades de alto

costo y catastróficas" son aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo y un alto costo de las actividades; la mayoría de los tratamientos son de baja efectividad y catastróficos en lo económico, social, familiar y personal puesto que tiene una fuerte carga psicosocial.

- **Enfermedades de interés en salud pública:** Son enfermedades que presentan un alto impacto en la salud de la población y ameritan una atención y seguimiento especial.
- **Historia Clínica:** Es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.
- **Integralidad:** Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.
Incapacidad: Se entiende por incapacidad laboral el estado de inhabilidad física o mental de un individuo, que le impide desempeñar en forma temporal o permanente, su profesión u oficio habitual.
- **Inscripción a la EPS:** Es el proceso mediante el cual una persona adquiere beneficios, derechos y deberes del SGSSS, con el diligenciamiento de un formulario de afiliación.
- **Licencia de Maternidad:** Es el reconocimiento de tipo económico que hace el Sistema General de Seguridad



Social en Salud, a la progenitora del recién nacido, a la madre adoptante del menor de 18 años o al padre adoptante cuando éste carezca de cónyuge o compañera permanente.

- **Licencia Remunerada de Paternidad:** Consiste en un permiso, descanso o licencia remunerada de ocho (8) días hábiles, que se concede al esposo o compañero permanente por los hijos nacidos del cónyuge o de la compañera y por los hijos adoptados. Para tener derecho a la licencia de paternidad hay que ser cotizante, lo que excluye a los beneficiarios de la madre del niño y se encuentra incluida en el artículo 236 del Código sustantivo del trabajo.
- **Libre Escogencia:** Es el principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud que le da al afiliado la facultad de elegir entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud la que le administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan de Beneficios. A su vez, la Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger, entre un número plural de prestadores, la o las Instituciones Prestadoras de servicios a través de las cuales accederá al Plan de Beneficios de Salud.
- **Mipres:** Es una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.
- **Mías:** Modelo de atención en salud.
- **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 SISBÉN y algunas poblaciones especiales.
- **Novedades:** Son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.
- **Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC:** Es el conjunto de servicios y tecnologías en salud contenidas en la resolución 5857 de 2018, estructurados 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 bajo las condiciones previstas en la citada resolución.

- **Planilla Integrada de Pago de Aportes (PILA):** Es un formato electrónico que facilita a los aportantes realizar el pago integrado de los aportes a la Seguridad Social y demás parafiscales, a través de transferencias electrónicas de fondos.
- **Prevención de la Enfermedad:** Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.
- **Promoción de la Salud:** Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.
- **Prótesis:** Dispositivo ortopédico aplicado de forma externa, usado para reemplazo total o en parte de una extremidad ausente o deficiente.
- **PBSUPC:** Plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación.
- **Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la



contrarremisión 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 un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización. 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 este Ministerio, 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 en Salud con cargo a la UPC.

- Régimen Subsidiado: Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.
- Rías: Rutas integrales de atención
- SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- SAT: Sistema de afiliación transaccional.
- Tecnología de Salud: Medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, modelos organizativos y sistemas de apoyo, necesarios para su empleo en la atención a pacientes.
- 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.
- Triage: Método de selección y clasificación de pacientes que ingresan al servicio de urgencias, realizado por personal de salud, donde se debe brindar una valoración rápida y ordenada para identificar enfermedades que requieran atención médica inmediata.
- UPC: Unidad de pago por capitación.
- Urgencia: Es toda situación que requiera una actuación médica inmediata.

1.2.

PLAN DE BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

¿Qué es el Plan de beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)?

Es el conjunto de servicios y tecnologías para la atención en salud y prestaciones económicas (incapacidades, licencias de maternidad y paternidad) a las que tienen derecho el afiliado y su grupo familiar por tener una afiliación vigente en el régimen contributivo y/o subsidiado que deben ser garantizadas por la EPS.

Las coberturas de estos servicios se encuentran reglamentadas por el Gobierno Nacional en la Resolución 5857 de 2018 y son actualizadas año tras año.

¿Quiénes tienen derecho a acceder a los servicios del Plan de Beneficios?

Los afiliados cotizantes (dependientes, independientes y los pensionados), así como los beneficiarios que conformen su grupo familiar y aquellos que cumplan con los requisitos para ser beneficiarios del régimen subsidiado.

Servicios del Plan de Beneficios con cargo a la UPC

Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva básica hasta diversos tratamientos de alta complejidad, entre ellos están:

- Consulta odontológica
- Procedimientos odontológicos: obturaciones en amalgama y resina, exodoncias temporales y permanentes, tratamiento de conductos temporales y permanentes, consulta prioritaria de odontología, radiología oral, prótesis totales para usuarios con ingresos hasta 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Consulta odontológica

- Procedimientos odontológicos: obturaciones en amalgama y resina, exodoncias temporales y permanentes, tratamiento de conductos temporales y permanentes, consulta prioritaria de odontología, radiología oral, prótesis totales para usuarios con ingresos hasta 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes.
- Actividades de promoción y prevención en Salud Oral: control de placa bacteriana, profilaxis, remoción de cálculos, sellantes de fosas y fisuras, fluorización y educación en salud oral.
- Atención inicial de urgencias.
- Diagnóstico: Laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear, resonancia electromagnética y escanografía.
- Hospitalización.
- Tratamientos quirúrgicos, en servicios de baja, mediana y alta complejidad.
- Apoyo terapéutico: Terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje.
- Suministro de medicamentos y principios activos señalados en la normatividad vigente.

Plan de Beneficios en Salud para comunidades Indígenas

La población indígena afiliada al Sistema General de Seguridad social en Salud tendrá cobertura con los contenidos previstos en la Resolución 5758 de 2018, en relación con lo definido para cada régimen, incluyendo los hogares de paso las guías bilingües. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) este será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que le serán proporcionados.

Exclusiones y Limitaciones del Plan de Beneficios en Salud

Es el conjunto de servicios y tecnologías para la atención en salud y prestaciones económicas (incapacidades, licencias de maternidad y paternidad) a las que tienen derecho el afiliado y su grupo familiar por tener una afiliación vigente en el régimen contributivo y/o subsidiado que deben ser garantizadas por la EPS.

Las coberturas de estos servicios se encuentran reglamentadas por el Gobierno Nacional en la Resolución 5857 de 2018 y son actualizadas año tras año.

EL Plan de Beneficios en Salud tiene exclusiones y limitaciones, que en general son todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social expidió las Resoluciones 3951 de 2016 y 532 de 2017, mediante las cuales estableció el procedimiento que a partir del 1 de abril del 2017 regirá para el acceso, reporte de prescripción, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC).

La prescripción de estos servicios será

realizada por el profesional de la salud tratante a través del aplicativo MIPRES que el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso para tal fin cumpliendo los criterios definidos en las citadas resoluciones. Dentro de este nuevo procedimiento, la responsabilidad de la EPS consiste en garantizar el suministro de las tecnologías prescritas por los profesionales de la salud a través de la red de prestadores, recaudar los dineros pagados por copagos, cumplir con los requisitos y procedimientos para la presentación de las

solicitudes de recobro, realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia de los afiliados, su régimen y el estado de afiliación; realizar la transcripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallos de tutela en el aplicativo dispuesto para tal fin o en los casos de contingencia y, reportar al Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías no cubiertas por el PBSUPC.

Cuando el profesional de la salud le ordene servicios o tecnologías no incluidas en el PBSUPC, le entregará al afiliado un formato o plan de manejo con un número de prescripción. La EPS le informará vía mensaje de texto o correo electrónico el lugar donde se le suministrará el servicio o la tecnología prescrita por el tratante, la cual será entregada dentro de los 5 días siguientes de su prescripción.

En el caso que se ordene un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional o medicamentos de la lista de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios – UNIRS, el profesional de la salud deberá consultar la pertinencia de su utilización a la Junta de Profesionales de la IPS. Una vez la IPS cuente con el concepto de la Junta, deberá registrar la decisión en el módulo del aplicativo MIPRES dispuesto para tal fin. La decisión de la junta, así como la información del lugar donde se le suministrará el servicio o la tecnología le será enviada por mensaje de texto o correo electrónico de igual manera y en los tiempos anteriormente enunciados.

Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC:

El Artículo 15 de la Ley Estatutaria No. 1751 del 16 de febrero de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones y Resolución 5857 de 2018 por la cual se modifica el PBSUPC, indican que los recursos públicos asignados a la salud no pueden destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta el cumplimiento de alguno de los siguientes criterios o condiciones:

- a. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- b. Tecnologías que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.
- c. 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.
- d. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- e. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- f. Tecnologías en las cuales no exista evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica.
- g. Tecnologías cuyo uso no haya sido autorizado por la autoridad competente. Para el caso de los medicamentos e insumos, cuyo uso no haya sido autorizado por el INVIMA.
- h. Tecnologías que se encuentren en fase de experimentación.
- i. Tecnologías que tengan que ser prestadas en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con los anteriores criterios son explícitamente excluidos para ser financiados por el Sistema de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estableció mediante la Resolución 330 de febrero de 2017, el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación y actualización periódica

de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud. Las tecnologías nominadas y las decisiones tomadas en cada fase del procedimiento podrán ser consultadas en la página web del Ministerio en el siguiente enlace <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/ley-estatutaria-de-salud.aspx>.

¿Qué servicios no son cubiertos por el plan obligatorio de salud?

- Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
 - Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por el personal del área de la salud.
 - Servicios no habilitados en el Sistema de Salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencias o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería y granja protegida, entre otros.
 - Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
 - Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
 - Incapacidades derivadas de procedimientos estéticos.
 - Servicios y/o tecnologías excluidos por el Ministerio de Salud bajo normatividad vigente.
- Es importante señalar que como exclusiones del plan de beneficios se debe considerar aquellas prestaciones o servicios que no serán financiados con la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) así:
- Aquellas que tengan un fin primordialmente cosmético o suntuario.
 - Que escaseen de evidencia sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica.
 - Aquellas que no estén autorizadas para su uso en el país.
 - Que sean experimentales o tengan que ser prestados en el exterior.
 - El uso de insumos y medicamentos no estén autorizados por parte de la autoridad competente.

1.3. INEXISTENCIAS DE CARENCIAS

Es el conjunto de servicios y tecnologías para la atención en salud y prestaciones económicas (incapacidades, licencias de maternidad y paternidad) a las que tienen derecho el afiliado y su grupo familiar por tener una afiliación vigente en el régimen contributivo y/o subsidiado que deben ser garantizadas por la EPS.

Las coberturas de estos servicios se encuentran reglamentadas por el Gobierno Nacional en la Resolución 5857 de 2018 y son actualizadas año tras año.

1.4. DEMANDA INDUCIDA

Acuerdo 117 de 1998, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica, detección temprana y la adhesión a los programas (Resolución 3280 del 2018). COMFASUCRE EPS cuenta con este servicio en el Departamento de Sucre, abarcando los todos municipios donde tenemos afiliados, para garantizar la orientación hacia los servicios de manera preventiva. Las actividades objeto de Demanda inducida son las siguientes:

Vacunación - Plan Ampliado de Inmunización (PAI)

Este programa está dirigido a afiliados menores de cinco años, mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y embarazadas, busca prevenir enfermedades tales como tuberculosis, poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, meningitis por hemophilus influenza, hepatitis A y B, sarampión, parotiditis,

rubéola, fiebre amarilla, rotavirus, neumococo y virus del papiloma humano a través de la aplicación de vacunas en las edades y dosis recomendadas.

Salud Oral

El principal objetivo de este programa es conocer cómo controlar la placa bacteriana y mantener una buena higiene oral.

Durante las consultas de este programa se realizan actividades de prevención tales como:

- El control de placa bacteriana, donde se revisa si hay placa bacteriana presente en los dientes.
- Fluorización (de 1 a 18 años) para fortalecer la superficie del diente y prevenir la aparición de caries dental.
- La aplicación de sellantes (de 3 a 15 años), con lo cual se modifica la superficie del diente, buscando disminuir la acumulación de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma con el cepillado después de cada comida.
- Detartraje supragingival (de 12 años en adelante) es la remoción mecánica de la placa bacteriana y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente, para evitar daños en los tejidos de soporte.

Es importante que las mujeres embarazadas asistan a control con el odontólogo para controlar o prevenir la inflamación de las encías o gingivitis, que se produce por el cambio hormonal.

Los afiliados deben asistir a su Centro Odontológico asignado para acceder a este servicio.

Planificación Familiar

Planear en qué momento de su vida desea tener un hijo y cuántos hijos desea tener es una decisión muy importante. Por esto, COMFASUCRE EPS remite a las instituciones responsables del Programa de Planificación Familiar, quienes ofrecen a hombres y mujeres en edad fértil:

- Asesoría sobre derechos sexuales y reproductivos.
- Consulta médica y de enfermería enfocada a la consejería en planificación familiar.
- Educación sobre los métodos de planificación existentes.
- Seguimiento a la utilización del método.

- Acceso a los métodos anticonceptivos incluidos en el Plan de Beneficios de Salud
- Inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU) e implante subdérmico (Jadell).
- Esterilización femenina (ligadura de trompas) y masculina (vasectomía).

La educación acerca de los métodos de planificación familiar, sus ventajas y desventajas, se hace tanto a mujeres como a hombres favoreciendo la equidad de género y procurando siempre que la elección del método sea decisión de la mujer o concertada con la pareja.

Crecimiento y Desarrollo

El programa busca tener niños saludables que en un futuro sean adultos sin enfermedad.

En este programa los niños y niñas menores de diez años acceden a una serie de actividades médicas y de enfermería que permiten evaluar periódicamente cómo están creciendo y desarrollándose física y emocionalmente, buscando tomar las medidas correctivas necesarias para que tengan buena salud.

El programa busca que se mantenga un control periódico de la salud y del desarrollo de los pequeños afiliados, quienes deben asistir a:

- 1 consulta durante el primer mes de vida.
- 4 consultas durante el período de los 2 a los 12 meses de edad.
- 3 consultas entre los 13 y los 24 meses de edad.
- 4 consultas entre los 2 y los 4 años de edad.
- 4 consultas entre los 5 y los 7 años de edad.
- 1 consulta anual a los 8 y a los 9 años de edad.

Adicionalmente, los padres y/o los cuidadores de los niños(as) reciben educación sobre alimentación balanceada, esquema de vacunación, estimulación temprana, afectividad, prevención de accidentes, higiene oral, intervención oportuna de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda, entre otros.

Control Prenatal

COMFASUCRE EPS y su Programa de Control Prenatal pone a disposición de las afiliadas embarazadas un equipo de

profesionales altamente capacitado para ofrecer una adecuada atención prenatal y cuidado durante el parto y el posparto, así como el cuidado del recién nacido. Las mujeres gestantes deben solicitar cita de control prenatal tan pronto conozcan que están embarazadas, preferiblemente durante el primer trimestre de gestación.

Salud Visual

Las personas de 4, 11, 16 y 45 años deben asistir en estas edades a una consulta médica en la que se evaluará la agudeza visual.

Los afiliados de 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años deben asistir en estas edades a una valoración médica de su estado de salud que incluye también una consulta con oftalmología.

Promoción y Prevención de Alteraciones del Joven y del Adulto

COMFASUCRE EPS ofrece dentro de sus consultas para pacientes de 10 a 29 años actividades de tamizaje que buscan detectar alteraciones de la salud sexual y reproductiva en este rango de edad.

A partir de los 45 años y cada 5 años encaminado a detectar factores de riesgo y diagnosticar tempranamente enfermedades cardiovasculares, se realizan actividades ya determinadas.

Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino

Mediante la realización anual de la citología vaginal en las mujeres de 21 a 69 años, se busca diagnosticar tempranamente el cáncer de cuello uterino y realizar intervenciones que permitan un tratamiento oportuno.

Detección Temprana de Cáncer de Mama

Con el objetivo de diagnosticar tempranamente el cáncer de mama y de realizar las intervenciones necesarias para su tratamiento, las mujeres mayores de 50 años deben, cada dos años, asistir a una consulta médica en la que se busca la presencia de masas o alteraciones en las mamas y la realización de mamografía.

1.5. CUOTA MODERADORA Y COPAGO

Cuota Moderadora

La cuota moderadora es un aporte en dinero que deben realizar los afiliados cotizantes y beneficiarios al utilizar los servicios ofrecidos por el Plan de Beneficios, a fin de moderar el uso de los mismos.

Actividades o procedimientos que requieren el pago de cuota moderadora:

- Consulta externa médica, odontológica y paramédica.
- Consulta externa por médico especialista.
- Suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios.
- Exámenes de diagnóstico ambulatorios (clínicos, patológicos, radiológicos, tanto simples como especializados).
- Suministro de lentes.
- Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.
- Si el afiliado está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

¿Cuál es el valor de la cuota moderadora?

Está directamente relacionado con el Ingreso Base de Cotización (IBC) reportado por el cotizante. Este valor se expresa en Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV).

Las afiliaciones se clasifican en tres categorías A, B o C teniendo en cuenta el ingreso base de cotización reportada

en la planilla de aportes. Cuando en la afiliación existan dos cotizantes, para el cálculo de la categoría se tomará el ingreso base de cotización de menor valor.

De acuerdo con la categoría asignada se cobrará el valor de la cuota moderadora, el cual es reajustado anualmente en un porcentaje equivalente al aumento del SMLMV.

CATEGORÍA	INGRESO BASE SMLMV	PORCENTAJE SOBRE EL SMDLV	VALOR
A	Menor a 2 SMLMV*	11.7%	\$3.400
B	Entre 2 y 5 SMLMV*	46.1%	\$13.500
C	Mayor a 5 SMLMV*	121.5%	\$35.600

*SMLDV (Salario Mínimo Legal Diario Vigente)

Cómo y dónde se paga el valor de la cuota moderadora?

El valor de la cuota moderadora puede pagarlo directamente en la Sede Principal de COMFASUCRE EPS o en la Institución Prestadora de Servicio adscrita que la va a brindar la atención médica.

Excepciones al cobro de cuota moderadora:

- Personas con discapacidad mental a menos que su patrimonio le permita asumir tales gastos.
- Beneficiarios de la Ley 1388 de 2010: Población menor de 18 años con sospecha, diagnóstico acreditado y confirmado de cáncer y algunas enfermedades hematológicas.
- Mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas.
- Niños y adolescentes de Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas certificadas, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios.
- Servicios de rehabilitación y atención integral para niños y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y



todas las formas de maltrato certificado por la autoridad competente.

- Atención integral de mujeres víctimas de violencia física o sexual.

Copago

Es el aporte en dinero que deben realizar exclusivamente los afiliados beneficiarios, sobre los procedimientos e intervenciones sujetos por Ley a estos cobros. Los copagos podrán aplicarse a todos los servicios contenidos en el Plan de Beneficios, con excepción de:

- Actividades de detección temprana y protección específica.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- La atención inicial de urgencias.
- Servicios sometidos al pago de cuotas moderadoras.

Las afiliaciones se clasifican en tres categorías A, B o C teniendo en cuenta el ingreso base de cotización reportada en la planilla de aportes. Cuando en la afiliación existan dos cotizantes, para el cálculo de la categoría se tomará el ingreso base de cotización de menor valor.

El cobro se genera de acuerdo con la categoría a la que pertenezca el afiliado así:

CATEGORÍA	INGRESO BASE SMLMV	% MÁXIMO POR EVENTO	VALOR MÁXIMO POR EVENTO	VALOR MÁXIMO POR USUARIO/AÑO
A	Menor a 2 SMLMV*	11.5%	28.7% del SMLMV \$251.929	57.5% de (1) SMLMV \$504.737
B	Entre 2 y 5 SMLMV*	17.3%	115% del SMLMV \$1.009.473	230% de (1) SMLMV \$ 2.018.947
C	Mayor a 5 SMLMV*	23%	230% del SMLMV \$2.018.947	460% de (1) SMLMV \$ 4.037.894

*SMLDV (Salario Mínimo Legal Diario Vigente)

Los porcentajes registrados se aplican sobre el valor total del procedimiento o intervenciones sujetas al cobro de copagos que requiera el afiliado. Los copagos tienen un límite máximo por evento y un límite máximo por año, relacionado con el ingreso base de cotización del cotizante.

¿Dónde se debe pagar el copago?

El valor del copago se debe pagar directamente en la Sede Principal de COMFASUCRE EPS o en la Institución Prestadora de Servicio adscrita que la va a brindar la atención médica.

Copago Régimen Subsidiado

Según la ley 1122 de enero de 2007, Artículo 14 literal G, los afiliados con nivel 1 del SISBEN están exentos de la cancelación del copago, solo deben pagar (10%) los clasificados del nivel 2 del SISBEN.

SISBEN	DETALLE	VALOR MÁXIMO POR SERVICIO	VALOR MÁXIMO POR AÑO USUARIO
1	Población en Nivel 1 de SISBÉN	0%	\$ 0.00
2	Población en Nivel 2 de SISBÉN	10% del valor de la cuenta, 50% de (1) SMLMV. \$438.901	100% de (1) SMLMV \$828.116

Las Exoneraciones de cuotas moderadoras y copagos. Se aplicará lo definido en la Circular No. 0016 de 2014, sobre poblaciones exentas conforme al Acuerdo 260 de 2004 y leyes especiales:

- Las personas con discapacidad mental que tienen derecho a los servicios de salud de manera gratuita, a menos que su patrimonio directo o derivado de la prestación alimentaria, le permita asumir tales gastos (Ley 1306 de 2009, artículo 12).
- La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente.
- La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios.
- La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el literal anterior y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.
- Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas (Ley 1412 de 2010).
- Los niños, niñas y adolescentes del Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean

certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios (Ley 1438 de 2011).

- Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física, mental y atención integral hasta que se certifique medicamente su recuperación (Ley 1438 de 2011).
- Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física, mental y atención integral, sin importar su régimen de afiliación, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas (Ley 1438 de 2011).
- Las víctimas del conflicto armado interno en los términos, y las pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2, en todo tipo de atención en salud que requieran. En caso de no hallarse afiliadas a ningún régimen, tendrán que ser afiliadas en forma inmediata al régimen subsidiado (Ley 1448 de 2011, Decreto-Ley 4635 de 2011).
- Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido (Ley 1438 de 2011, Ley 1618 de 2013).
- Las víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, respecto de los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisonomía y funcionalidad de las zonas afectadas (Ley 1438 de 2011, artículo 5º de Ley 1639 de 2013).

No Habrá lugar al cobro de copagos para las siguientes poblaciones:

Es el aporte en dinero que deben realizar exclusivamente los afiliados beneficiarios, sobre los procedimientos e intervenciones sujetos por Ley a estos cobros. Los copagos podrán aplicarse a todos los servicios contenidos en el Plan de Beneficios, con excepción de:

- Niños durante el primer año de vida.
- Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (Cualquier edad).
- Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN tales como listados censuales u otros, siempre y cuando presenten condi-

ción de pobreza similar de las del nivel 1 del SISBEN tales como:

- Población infantil abandonada menor de un año.
- Población indigente
- Población en condición de desplazamiento forzado.
- Población indígena.
- Población desmovilizada.
- Personas de la tercera edad en protección de ancianos en instituciones de asistencia social.
- Población rural migratoria.
- Población ROM.
- Niños y menores de 18 años con cáncer.

La NO cancelación de cuotas moderadoras o copagos, no será causal para no tener derecho a los servicios médicos.

1.6.

RED DE PRESTADORES

Las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido, 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, resolutive 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. (Tomado de: Redes Integrales de prestadores de

servicios de salud, Minsalud 2016).

La Red de Prestadores de COMFASUCRE EPS se concentra en el Departamento de Sucre, específicamente en la Ciudad de Sincelejo y en los municipios donde contamos con afiliados. De acuerdo a esto nuestra Red se conforma de la siguiente manera:

COVEÑAS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
IPS CUPOSALUD	p y p, atención hospitalaria de baja complejidad servicios de urgencias ambulatorias de baja complejidad transporte asistencial básico Servicio Farmacéutico Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	3127442645	Carrera 5 # 4A - 8 Sector Campano la Playa.	ipscuposalud@gmail.com
SOCIEDAD PARA LA ATENCION MEDICA E IMAGENES DIAGNOSTICAS SAS "SOMID SAS	Servicios asistenciales de morbilidad.	Baja	3102001020	Cra 10 #14 - 46	somidsascosta@gmail.com

SAN ANTONIO DE PALMITO

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO DE PALMITOS	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2822484	Calle las Flores # 2C-21	esesanantionidepalmito@hotmail.es
CENTRO DE FISIOTERAPIA REHABILITAR MARTA CANTILLO MARTINEZ E.U-SEDE PALMITO	Rehabilitación, consultas especializadas.	Mediana	2761605	Carrera 22 # 16 a-116	martacantillomartinez@gotmail.com

SANTIAGO DE TOLÚ

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE TOLU	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2860211 2885870	Calle 16 N°9-61	esetolu2008@hotmail.com
IPS TOLU SALUD SEDE PRINCIPAL	Consultas especializadas. Hospitalización. Urgencia. Transporte asistencial Medicalizado. *Imágenes Diagnosticas. Laboratorio Clínico.	Mediana	2948078	Diagonal 3 N° 4-15	ipstolusalud@yahoo.com

TOLUVIEJO

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
E.S.E CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE TOLU VIEJO.	Servicios asistenciales de Morbilidad. Actividades de protección específica y detección temprana.	Baja	304115991	Tv 4 # 32-46 plaza principal	esecentrodosaludsanjosedetoluviejo@hotmail.com

SINCELEJO Y DEMÁS MUNICIPIOS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
INSTITUTO DEL RIÑÓN DE SUCRE LTDA	Atención integral a pacientes con diagnóstico de enfermedad renal.	Alta	2818471	Calle 22 # 24-33	irisrenal@hotmail.com
INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA DE SUCRE S.A	Atención integral a pacientes con diagnóstico de cáncer	Alta	2820783	Carrera 22 #18-12	coordmedico@incans.com.co inca@telecom.com
PUNTO VITAL	Atención integral a pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.	Alta	2761342	Carrera 19C # 13 -07	ips_puntovital@hotmail.com
MEDIPOHDS	Atención de pacientes con diagnóstico de cáncer.	Mediana	2788320 3157007205	Cra 22 # 18 - 58 edificio San Nicolás consult 101-102	medipohds@gmail.com
MASVIDA DE LA COSTA S.A.S.	Atención integral a pacientes con déficit de factores de coagulación.	Alta	2812030	Calle 22 # 15-64	gerencia@masvidadelacosta.com
UNIDAD DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO Y PRENATAL SER MUJER	Consulta especializada por Ginecología. Ecografías.	Mediana	2820053	Carrera 21 # 14-45 Barrio Ford	ecosermujer@hotmail.com
IPS UNIDAD MÉDICA EL BOSQUE	Consultas especializadas, procedimientos quirúrgicos ambulatorios, atención domiciliaria.	Mediana	2824234	Calle 19 # 24-53	ipsunidadmedicaelbosque@hotmail.com jadelpi680@yahoo.es
IPS CLINICA DE VARICES S.A.S.	Consultas especializadas, procedimientos quirúrgicos, hospitalización.	Mediana	2820285	Carrera 22 # 14-55	clinicadevarices@hotmail.com
I.P.S. CARDIOCENTRO PEDRIATICO DE SUCRE S.A.S	Consulta especializada por cardiología pediátrica e imagenología.	Mediana	2813169	Calle 15 # 14-03 segundo piso Avenida San Carlos	leandror@hotmail.com
CLINICA OFTALMOLÓGICA DE SUCRE LTDA	Servicios de oftalmología, cirugía oftalmológica, optometría.	Mediana	2820496	Calle 14 #20-53	gustavovelez@hotmail.com

SINCELEJO Y DEMÁS MUNICIPIOS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
OFTALMÓLOGOS ASOCIADOS DE LA COSTA	Consultas y procedimientos quirúrgicos de oftalmología, consulta especializadas, hospitalización.	Mediana	2771018 2741201	Cra 25B # 25 -152 Avenida Ocala	oftalmocosta@yahoo.com
WILSON EDUARDO URIBE MANTILLA	Necropsias de fetos, necropsias de adultos y estudios anatomopatológicos.	Mediana	2745230	Carrera 22 # 16-68 Edificio Santa Bárbara	wilsonuribe@hotmail.com
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER SECCIONAL SUCRE	Consultas especializadas.	Mediana	2743300 2746099	Carrera 13B # 17-07 Barrio 20 de Julio	licansu@gmail.com
IPS TU SALUD ORAL SAS	Servicios de odontología	Mediana	2765500 3114015825	Cra 16 # 18-10 Barrio San José	clinicatusaludoral@gmail.com
ORAL CLINIC	Servicios de odontología.	Mediana	3002066888	Calle 23 # 14-63	oralclinicplus@gmail.com
IPS PUNTO VITAL	Atención integral ambulatoria especializada para pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus acuerdo 395. Atención a pacientes con obesidad. Atención a gestantes de alto riesgo. Prevención del cáncer de mama.	Mediana	2761342	Calle 24 # 15-131 Piso 2 Barrio Mochila	ips_puntovital@hotmail.com
CLÍNICA SALUD MENTAL Y REHABILITACIÓN INTEGRAL MANANTIALES S.A.S	Atención integral en salud mental.	Mediana	2824633	Carrera 44 # 13-190 Salida a Tolú	clinicamanantiales@gmail.com
CLINICA SANTA ISABEL LIMITADA	Atención integral en salud mental y rehabilitación paciente consumo de sustancias psicoactivas.	Mediana	2748099	Calle 31 # 14a-185	melinachica@yahoo.com

SINCELEJO, SAMPUÉS (PARA HOSPITALIZACION) Y DEMÁS MUNICIPIOS PARA PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
CLÍNICA SALUD SOCIAL SAS.	Urgencias, Internación II nivel, procedimientos quirúrgicos, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio Clínico, cuidados intermedio neonatal y adulto, cuidado intensivo neonatal y adulto, cuidado básico neonatal. Y Consultas especializadas	Mediana y Alta	2808184	Cra 16 N° 27A- 74	coordinacionmedicacss@outlook.com

TODOS LOS MUNICIPIOS EXCEPTO SINCELEJO Y SAMPUÉS PARA HOSPITALIZACIÓN Y TODOS LOS MUNICIPIOS PARA PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
IPS CLINICA LA CONCEPCIÓN	Urgencias, Internación II nivel, procedimientos quirúrgicos, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio Clínico, cuidados intermedio neonatal y adulto, cuidado intensivo neonatal y adulto, cuidado básico neonatal. Y Consultas especializadas	Mediana y Alta	2749180	Calle 38 # 52-249	clinicalaconcepcionsas@gmail.com

SINCELEJO Y RESTO DE LOS MUNICIPIOS QUE LO SOLICITEN

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
CLÍNICA SANTA MARIA SAS	Urgencias, internación II nivel, procedimientos quirúrgicos, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio Clínico, cuidados intermedio neonatal y adulto, cuidado intensivo neonatal y adulto, cuidado básico neonatal. Y Consultas especializadas	Mediana y Alta	2826824	Cra 22 # 16A - 164	mariaeuge1105@hotmail.com
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO	Internación II nivel, procedimientos quirúrgicos y consulta especializadas	Mediana y Alta	2820305	Carrera 14 # 15A - 140	hrsincelejo@telecom.com.co

SINCELEJO Y DEMÁS MUNICIPIOS POR MEDIO DE AUTORIZACIÓN

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESCANOGRAFÍA SINCELEJO LTDA	Radiología e imágenes diagnósticas.	Mediana	2826080	Cra 22 # 16A - 68	escanografia.sincelejo@gmail.com
IPS IMAGEN DIAGNÓSTICA SAS	Radiología e imágenes diagnósticas.	Mediana	2826798	Cra 2 # 16A - 29	imagdiag@yahoo.es
SOCIEDAD DE HEMODINAMIA SANTA MARIA LTDA	Servicios de hemodinámica, radiología e imágenes diagnósticas.	Mediana	2821235	Cra 22 # 16A-47	hemodinamiasantamaria@yahoo.com
DIAC SABANA LTDA	Radiología e imágenes diagnósticas.	Mediana	2811841	Calle 26 N° 16A- 07	diac@diactlda.com
GASTROCENTRO	Consulta especializada por Gastroenterología. Endoscopia digestiva.	Mediana	2807683	Cra 22 N° 18-109	gastrocentrosas@outlook.com

SINCELEJO Y DEMÁS MUNICIPIOS POR MEDIO DE AUTORIZACIÓN

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
IPS BIOSALUD DE LA COSTA S.A.S	Laboratorio Clínico.	Mediana	2805517	Cra 22 # 16A -68	ipsbiosaludsas@hotmail.com
LABORATORIO CLÍNICO ANGÉLICA ROCIO MENDOZA	Laboratorio Clínico.	Mediana	3135083350	Cra 28 # 25-50 Barrio San Juan	angelicabenitez@hotmail.com
SOCIEDAD CARDIOVASCULAR DEL CARIBE COLOMBIANO S.A.S	Unidad de cuidados intensivos e intermedio adulto, coronaria, Hemodinámia, hospitalización, urgencias, cardiología, radiología e imágenes diagnósticas.	Mediana y Alta	2823970	Cra 22 # 14-45 piso 3	ucicardiovascular@hotmail.com
ESE UNIDAD DE SALUD SAN FRANCISCO DE ASIS SINCELEJO	Actividades de Protección Específica y Detección Temprana- Asistenciales de Morbilidad.	Baja Complejidad	2828189	Calle 23 # 14-39 Barrio Mochila	esesanfrancisco@sincelejo.gov.co
IPS PUNTO VITAL SINCELEJO, SAMPUÉS Y COROZAL	Asistenciales de Morbilidad.	Baja Complejidad	2822349	Cra 20 # 13-47 Barrio la Ford	ips_puntovital@hotmail.com
IPS GUACARÍ Sincelejo	Actividades de Protección Específica y Detección Temprana - Asistenciales de Morbilidad.	Baja Complejidad	2761342	Cra 20 # 13A-68	ipsguacari@hotmail.com
CENTRO REHABILITACIÓN TERAPÉUTICO INTEGRAL	Servicios de rehabilitación integral.	Mediana	2823693	Calle 23 # 15-47	centroterapeuticode lasabana@hotmail.com
LUZ-CERO I.P.S. S.A.S	Rehabilitación Integral.	Mediana	2827869	Cra 15 # 16-189	marthapolosolano@hotmail.com
MEDISUCRE	Servicio farmacéutico-no pos BY FALLOS TUTELA	Mediana y Alta	3122038020	Calle Santander Cl 22 # 14-40 L-1 Mochila	
AMBULANCIAS AB	Transporte Asistencial Básico, Transporte Asistencial Medicalizado.	Mediana y Alta	2810640	Transv. 31 # 36 - 31	ambulanciasab@gmail.com
CUIDAMED SAS	Transporte Asistencial Básico, Transporte Asistencial Medicalizado	Baja y Mediana	2765005	Carrera 34A No 23- 41	cuidamedsas@gmail.com
ASISMEDICA	Transporte ambulatorio a pacientes	Baja y Mediana	2808762 3115049745		

OVEJAS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD DE OVEJAS	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2869008	Cra 15 # 19 Continuo Telecom	eseovejas@gmail.com
DIAGNOSTI SALUD	Servicios asistenciales de morbilidad *servicio farmacéutico	Baja y mediana	3012065840	Calle 21 # 16-17 Barrio La María	egar04@yahoo.es

MORROA

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN BLAS DE MORROA	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	3135851948	Cra 5 # 4A-21	ese_coloso@hotmail.com
IPS DIVINA MISERICORDIA SEDE MORROA	Servicio farmacéutico.	Baja y mediana	3007974824	Calle 9 # 5 - 29 Barrio La Plaza	calidaddivinamisericordia@gmail.com

COLOSÓ

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD DE COLOSO	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	3135851948	Cra 5 # 4A - 21	ese_coloso@hotmail.com

SINCÉ

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL SOCORRO DE SINCÉ	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2895373	Barrio La Esmeralda	hospisocorro@hotmail.com

EL ROBLE

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD DEL ROBLE	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	3007252206	Calle principal de El Roble	aleidaezquivel@hotmail.com

SAN PEDRO

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2894047	Cra 13 # 13-42	esesanpedrosucre@hotmail.com

SAMPUÉS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
CENTRO DE SALUD DE SAMPUES (Sucre) EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2838189	Calle 21 # 24-37	censaludsampues@hotmail.com
IPS PUNTO VITAL SINCELEJO, SAMPUES Y COROZAL	Asistenciales de Morbilidad.	Baja	2761342	Carrera 20 # 13-47 Barrio la Ford	ips_puntovital@hotmail.com

LOS PALMITOS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
CENTRO DE SALUD DE SAMPUES (Sucre) EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2838189	Calle 21 # 24-37	censaludsampues@hotmail.com
IPS PUNTO VITAL SINCELEJO, SAMPUES Y COROZAL	Asistenciales de Morbilidad.	Baja	2761342	Carrera 20 # 13-47 Barrio la Ford	ips_puntovital@hotmail.com

GALERAS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD DE GALERAS	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2893245	Calle 18 # 12A-31	ese.inmaculadaconcepcion@hotmail.com
IPS EL SEÑOR DE LOS MILAGROS LIMITADA	Asistenciales de Morbilidad.	Baja	3207322436 3107248817	Cra 9 # 11 - 25 Ospina Pérez	ipsesdlm@hotmail.com

COROZAL

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
UCI ADULTOS LAS MERCEDES DE COROZAL	Unidad de cuidados intensivos e intermedio adulto, hospitalización.	Mediana y Alta	2840170	Calle 33 # 31 - 65 hospital regional de Corozal	ucilasmercedes@hotmail.com
ESE CENTRO DE SALUD CARTAGENA DE INDIAS DE COROZAL	Actividades de protección específica y detección temprana. *Servicios asistenciales de Morbilidad	Baja	2857690	Calle 13 # 22-30	esecartagenadeindias20@hotmail.com
HOSPITAL REGIONAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE COROZAL E.S.E.	Servicio de urgencias, hospitalización, consulta especializada, transporte asistencial básico y Medicalizado, medicamentos. Imagenología.	Mediana	2840011	Calle 32 # 31-65	drvaleta@yahoo.com
NEONATÓLOGOS DE SUCRE LIMITADA	Unidad de cuidados intermedios neonatal, pediátrico, unidad de cuidado básico neonatal.	Mediana y Alta	2842250	Calle 33 # 31 - 62	neonatologosdesucreltda@gmail.com

BETULIA

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD DE BETULIA	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	3157527762	Cra 10 # 1-1	esebetulia@hotmail.com

SUCRE - SUCRE

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE SENA DE SUCRE - SUCRE E.S.E	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2879092	Cra 1ª # 14A - 27	hscs-sucres@hotmail.com
IPS SAN JOSÉ DE SUCRE - SUCRE	Servicios asistenciales de Morbilidad y Rehabilitación Integral.	Baja	2879306	Calle 9 # 1-42	apoma1@hotmail.com

MAJAGUAL

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
CENTRO DE SALUD DE MAJAGUAL	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	3016106356	Cra 9 CALLE 23 No 22 D 68	fundess2014@gmail.com
IPS GUACARI SEDE MAJAGUAL	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	3215014355	Cra 1A # 4 -27	ipsguacari@hotmail.com

GUARANDA

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD DE GUARANDA	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2911037	Carrera 7 con Calle 7	esegaranda@hotmail.com
IPS GUARANDA SANA	Consultas especializadas. Hospitalización. Urgencia. Transporte asistencial Medicalizado. Imágenes Diagnosticas. Laboratorio Clínico. Fisioterapia. Fonoaudiología. Terapia ocupacional. Psicología. Nutrición y dietética	Mediana	2911064 3128872951	Cra 10 # 06 - 15	direccionadclinicagarandasana@hotmail.com

SAN MARCOS

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE SAN MARCOS	Actividades de protección específica y detección temprana. *Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2955715	Calle 15 N° 34-59	esesanmarcos1nivel@hotmail.com
UNIDAD MEDICA INTEGRAL DEL SAN JORGE	Servicios asistenciales de Morbilidad. Consultas especializadas. Atención Domiciliaria. Transporte asistencial Medicalizado. Fisioterapia. Fonoaudiología. Terapia ocupacional. Psicología. Nutrición y dietética. Electrocardiograma.	Baja	2955663	Cra 24 # 15-62	umisdelsanjorge@latinmail.com

SAN MARCOS (continuación de la página anterior)

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
IPS GUACARÍ	Transporte Asistencial	Mediana	2954932	Calle 18 N° 29-47	ipsguacari@hotmail.com
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE SAN MARCOS	Consultas especializadas. Hospitalización. Urgencia. Transporte asistencial Medicalizado. Imágenes Diagnósticas.	Mediana	2954800	Calle 20 Cra 20 y 22	hospits@telecom.com.co
NACIRA ESTHER BELTRÁN DÍAZ	Laboratorio Clínico.	Mediana	2954648	Calle 19 # 24 - 38	nebeltrandiaz@hotmail.com
ANTONIO ROMERO GUZMÁN	Laboratorio Clínico. Ginecología e imágenes diagnósticas	Mediana	2954420	Cra 27 # 18A-105	anroguz6@hotmail.com

SAN BENITO

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
HOSPITAL LOCAL DE SAN BENITO ABAD ESE	Actividades de protección específica y detección temprana. Servicios asistenciales de Morbilidad.	Baja	2930158	Calle 13 # 7A-48 Calle la Concepción	hospital@esesanbenito.com

TODOS LOS AFILIADOS DE COMFASUCRE

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
CLÍNICA VIDA	Hospitalización, urgencias, consultas especializadas, procedimientos quirúrgicos, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio clínico.	Mediana y Alta	3157376169	Calle 110 # 4-30	admisiones@clinicavidaips.com
ORGANIZACIÓN CLINICA BONNADONA PREVENIR S.A.S	Hospitalización, urgencias, consultas especializadas, procedimientos quirúrgicos, laboratorio clínico Y atención integral de pacientes diagnosticados con cáncer, patologías derivadas de alteraciones hematológicas apoyo diagnóstico en patologías básicas y especializadas, estudios moleculares y lo relacionado con servicio de infectología.	Alta	3674333	Cra 49C # 82 - 70	ecamargo@organizacioncbp.org
IPS CLINICA DE LA COSTA LTDA	Hospitalización, urgencias, consultas especializadas, procedimientos quirúrgicos, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio clínico.	Mediana y Alta	3008163049	Cra 50 # 80 - 90	eduardo.martinez@clinicadelacosta.com

TODOS LOS AFILIADOS DE COMFASUCRE

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
IMAT ONCOMEDICA S.A	Hospitalización, urgencias, consultas especializadas, procedimientos quirúrgicos, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio clínico.	Mediana y Alta	7854344	7854344	oncomedica@imatoncomedica.com
INNOVAR MEDICAL	Suministro de materia de osteosíntesis.	Mediana	3135342073	kmetro3 via Planeta Rica centro industrial San Jerónimo lote 6 manzana A tercer piso	ventas@innivarmedical.com
VITAL CARIBE SAS	Hemodiálisis y diálisis peritoneal.	Alta	3145812515	Cra 14 # 16 -42	vitalcaribe@vitalcaribe.com
FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL	Terapias VAC.	Mediana	3008331159	Cra 15 # 15A - 46	fundesarrollohumanointegral@gmail.com
RESONANCIA MAGNETICA SANTA MARÍA	Resonancia Magnética.	Alta	2818797 2825988	Cra. 24 # 14 - 165	reisa_sincelejo@hotmail.com
IPS IMAGEN DE LA SABANA	TAC.	Mediana	2857668 3006568514	Calle 27 # 27-02	ipsimagenesdelasabana@gmail.com
CLINICA PEDIÁTRICA NIÑO JESÚS	Mediana complejidad UCI.	Mediana	2740574	Cra 20 # 14-38	clinicapediatrica_ninojesus@gmail.com
CENTRO CARDIOVASCULAR DE LA SABANA	Cardiología y apoyo diagnóstico.	Mediana	2829065 3145896369	Cra 21 # 18 -46	centrocardiovasculardelasabana@hotmail.com
OXXISALUD	Oxígeno domiciliario.	Mediana	3222460167	Cra 28 # 18A-09	oxxisaludgerencia@gmail.com
ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL EN SALUD SAS-ASISMEDICA	Artritis y atención gestantes.	Mediana	3045688188 3106055620	Cra 17 # 16 - 08	gerenciaasismedica@gmail.com
IPS VIVA 1 A	Especialidades básicas.	Mediana	3175741214	Cra 17 # 15-97 Piso 1	mcorrea@viva1a.com.co
CENTRO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y FONOAUDILOGÍA DE LA SABANA	Sub especialidades, estudios y procedimientos.	Mediana	2747992	Cra 24 # 18-03 Piso 2 Barrio Charconcito Edificio Mariano	cofdelasabana@hotmail.com
GARCÍA TUÑÓN	Consulta especialidad y estudios.	Mediana	2812320	Calle 14 # 19 - 83	guillegartu@telecom.com.co
ESVIDA	Consulta especializada.	Mediana	6609003 6606923	MANGA 2da Avenida calle 27 # 24-76	lgarcia@esvidaips.org
UNIDAD NEUMOLOGICA DE LA COSTA	Consulta de sub especialidades, estudios y procedimientos.	Mediana	3188660571 3186148243 2765006	Cra 24 N° 14-86	unidadneumologicadelacosta@gmail.com
SURGIMAX	Consulta, imágenes y procedimientos odontológicos.	Mediana	3142789206	Calle 16B # 22-36	surgimaxodontologicasincelejo@gmail.com
VIVE SOLUTION	Suministro de material de osteosíntesis.	Mediana	3233770375	Calle 9 # 66B - 62 Of 1003 Cali Valle.	vivecomercial1@gmail.com

TODOS LOS AFILIADOS DE COMFASUCRE

PRESTADOR	SERVICIOS CONTRATADOS	COMPLEJIDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
CARDIOCARE	Consulta y procedimiento de atenciones.	Alta	3135165834	Cra 22 # 16A -11 Local 3	cardiocareservices@hotmail.com
IPS SALUD A TU LADO	Consultas y apoyo diagnóstico.	Mediana	2746476	Cra 20 # 13A-98	gerente.ipssaludatuladosas@gmail.com
ASISTENCIA CIENTÍFICA	Consulta interdisciplinaria y dispensación de medicamentos.	Alta	3185309941	Cra 6 # 13-27	acacbogota@hotmail.com
UNION TEMPORAL VIVA SINCELEJO	Consulta de sub especialidades, estudios y procedimientos.	Mediana	3175741214	Cra 17 # 15-97 Piso 1	mcorrea@viva1a.com.co
HOSDISALUD	Servicios mediana complejidad región Mojana.	Mediana	3117454618	Cra 23A # 25-26	mariajsevilla28@gmail.com
FUNDACION AZUL REY	Consulta psiquiatría y grupo interdisciplinario.	Baja y Mediana	3053662619	Calle 15 # 14-03 Piso 2	info@fundacionazulrey.com
CLINICA GENERAL SAMPUÉS	Imágenes de baja y mediana complejidad.	Baja	2838368	Cra 21 # 23-72 Sampués	jesusgeney@hotmail.com
CENTRO ÓPTICO DE LA SABANA	Consulta de optometría y suministro de lentes.	Baja	3183853222 2801600	Calle 19 # 23-10 local Sincelejo	cossassincelejo@gmail.com
PRONTOSALUD	Medicamentos no plan de beneficios,tutela.	Mediana	3005716234	Cra 26 # 24-60 Sincelejo barrio Palermo	balocox@hotmail.com
UT PROGRAMA INTEGRAL DE REEMPLAZO ARTICULAR	Cirugías de ortopedia.	Mediana	2765084 3012336667	Cra. 17 # 18-58 Local 2-2 Calle Chacurí	anayaortopedia1981@gmail.com
IPS COROZAL	mamografías y citologías.	Mediana	3162356734	Calle 16A # 17-36 Piso 1 Barrio Ford	

1.7. ATENCIÓN DE URGENCIAS

Cuando se presente una situación súbita que se derive de una enfermedad o accidente y que ponga en peligro la vida del afiliado.

En estos casos, diríjase a la Institución Prestadora de Servicios (IPS) más cercana y presente el documento de identidad. Al ingresar al servicio de urgencias le realizarán una valoración inicial llamada "Triage" que dependiendo de la gravedad de los síntomas se clasifican en 5 niveles de atención, lo que permite brindar atención oportuna a quien más lo necesita.

De acuerdo con la clasificación, el paciente recibirá atención así:

Si los síntomas llevan varios días solicite cita médica en el Centro Médico o con su médico general asignado.

En todo caso es el médico quien define la condición de atención de urgencias y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

Cuando el médico considere que se trata de una atención inicial de urgencias el profesional de la IPS adscrita a COMFASUCRE EPS emitirá un informe de atención que la institución deberá hacer llegar a la EPS dentro de las siguientes 24 horas de su ingreso a la institución.

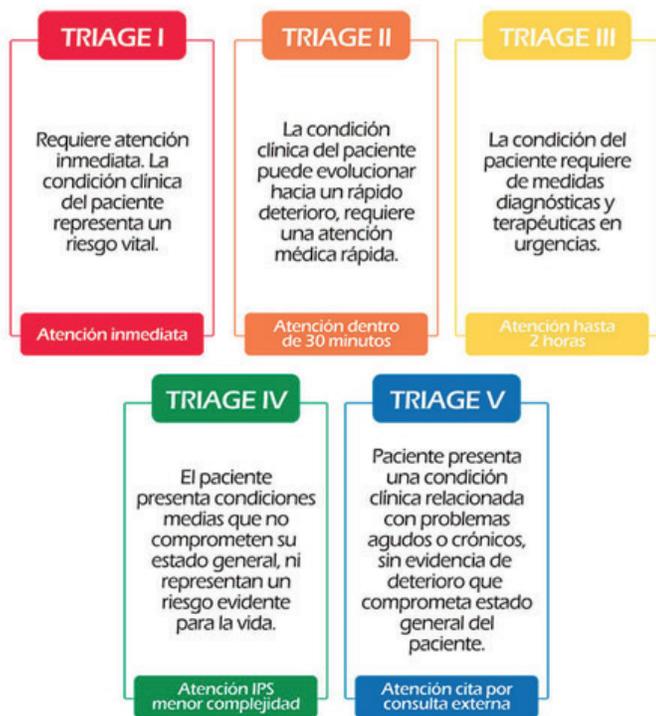
¿Qué se debe hacer si presenta una urgencia?

Se debe acercar a cualquiera de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que se encuentran en la Red de Prestadores, disponible en esta cartilla y en la página web www.comfasucres.com.co

En todos aquellos casos de urgencia, la IPS debe informar a COMFASUCRE EPS durante las 24 horas siguientes a la solicitud del servicio, para que conozca el caso y asuma su cobertura.

En las ciudades donde COMFASUCRE EPS no tiene cobertura geográfica podrá acudir a cualquier IPS donde le deben brindar la atención que requiera. Estos servicios serán reembolsados a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud y Protección Social para el sector público, siempre y cuando haya sido autorizado expresamente por COMFASUCRE EPS para una atención específica.

Usted también podrá comunicarse a través del conmutador 2799500 en Sincelejo o a la línea gratuita 018000180271 en el resto del país para recibir orientación frente al caso presentado.



¿Qué se debe hacer cuando de la atención de urgencias se deriva una hospitalización?

La EPS debe dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios dentro de los siguientes términos:

- Para la atención posterior a la atención inicial de urgencias: Dentro de las 2 horas siguientes al recibo de la solicitud.
- Para la atención de servicios adicionales: dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Si por orden o prescripción médica el afiliado debe permanecer hospitalizado más días de los autorizados inicialmente, se debe proceder de la misma manera que cuando se emitió la primera autorización.

1.8.

PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

Los Programas de Estilos de Vida Saludable se encuentran encaminados a mejorar las condiciones de salud de nuestros afiliados, con el fin de propender por su autocuidado, evitar enfermedades o su evolución a estados más avanzados.

COMFASUCRE EPS ofrece permanentemente y de manera gratuita, diferentes programas de promoción y prevención en salud, estos servicios son prestados en los Centros Médicos donde usted y su grupo familiar se encuentran asignados.

VACUNACIÓN

DIRIGIDA A

Niños menores de cinco (5) años de edad.
Mujeres en edad fértil entre 10 a 49 años.
Mujeres en estado de embarazo.
Adultos mayores

DESCRIPCIÓN

COMFASUCRE EPS, garantiza a sus afiliados el acceso a los servicios de vacunación sin barreras, con el objetivo de prevenir enfermedades o muertes que se pueden evitar.

ACTIVIDAD

Recién nacido: BCG, Hepatitis B
2 meses: Primera dosis de pentavalente (difterina, tosferina, tétanos, haemophilus influenzae, hepatitis B), polio oral, rotavirus, neumococo.
4 meses: Segunda dosis de pentavalente (difterina, tosferina, tétanos, haemophilus influenzae, hepatitis B), polio oral, rotavirus, neumococo.
6 meses: Tercera dosis de pentavalente (difterina, tosferina, tétanos, haemophilus influenzae, hepatitis B), polio oral. Primera dosis de influenza.
7 meses: Segunda dosis de influenza.
1 año: SRP (sarampión, rubeola, paperas), Dosis única de Varicela, refuerzo de neumococo, Dosis única de Hepatitis A.
18 meses: Primer refuerzo de Polio, DPT (disferina, tosferina y tétano), Fiebre Amarilla (FA).
5 años: Segundo refuerzo de polio, DPT (disferina, tosferina y tétano) y SRP (sarampión, rubeola, paperas).
VPH (Virus del Papiloma Humano): niñas con 9 años cumplidos (2 dosis).
Mujeres en edad fértil: Tétano y difterina (5 dosis).
Gestantes: Influenza Estacional 1 dosis a partir de la semana 14 de gestación. TDAP (tétano, difterina, tosferina acelular) dosis única a partir de la semana 26 de gestación.
Adultos mayores de 60 años: Influenza Estacional



SALUD ORAL



DIRIGIDA A

Dirigida a:
Afiliados mayores de 2 años.

DESCRIPCIÓN

Actividades encaminadas a disminuir la aparición de caries

ACTIVIDAD

Control de Placa Bacteriana: Población mayor de 2 años. El objetivo es enseñar una adecuada técnica de cepillado.

Aplicación de flúor/ Flúor Tópico: Población entre 2 y 19 años de edad. EL objetivo es fortalecer los dientes.

Aplicación de Sellantes: Población entre 3 y 15 años de edad. El objetivo es curar la superficie de los dientes que se ha deteriorado por la caries.

Detartraje Supragingival: Población mayo de 12 años de edad. El objetivo es remover los cálculos o placa endurecida en los dientes.

DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

DESCRIPCIÓN

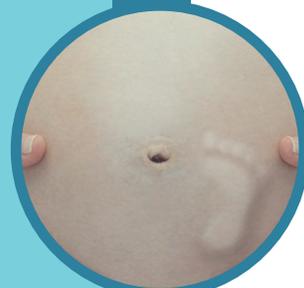
COMFASUCRE EPS, cuenta con el Departamento de Seguimiento al Riesgo, el cual tiene como objetivo articularse con las instituciones de salud, para garantizar el acceso de la gestante a los servicios que sean requeridos.

Se garantiza que las gestantes tengan acceso sin barreras a los controles prenatales, laboratorios clínicos, ecografías obstétricas, multivitamínicos, valoraciones odontológicas, valoración ginecobstétrica, Vacunación, atención del parto y el recién nacido.

ACTIVIDAD

Captación, identificación y educación a la gestante a través de controles prenatales, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, cursos psicoprofilacticos y seguimiento por parte de la EPS.

Con el objetivo de orientar sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, hábitos alimenticios saludables, ejercicios, convivencia en pareja, estimulación temprana y otros temas que permiten que nuestras afiliadas tengan un buen embarazo.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DESCRIPCIÓN

Brinda a mujeres y hombres, información, educación y asesoría sobre los métodos de planificación familiar apropiados para sus necesidades y referencias, teniendo en cuenta sus condiciones corporales y psicológicas.

Con el objetivo de fomentar la paternidad y maternidad responsable, junto al libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

ACTIVIDAD

Consulta por primera vez para elección del método de planificación familiar y controles para suministro del método elegido.

Aplicación de dispositivo intrauterino.

Esterilización quirúrgica: Ligaduras de trompas de Falopio o vasectomía.

Métodos orales e inyectables.

Métodos de emergencia.



ATENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECIFICA

DESCRIPCIÓN

Todos los nacimientos deben ser remitidos para ser atendidos en Instituciones de salud de I y II Nivel de atención, con el fin de proteger la vida de la madre y del recién nacido.

ACTIVIDAD

Atención del parto y el recién nacido.
Cesárea en caso de ser necesario.
Consulta de control post-parto
Exámenes de laboratorio
Atención integral del recién nacido.
Aplicación de vitamina K al recién nacido.
Aplicación de vacunas.
Control del menor en las primeras 72 horas de vida.



DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 10 AÑOS

DESCRIPCIÓN

Se debe asistir a una consulta con medicina general, que permitirá identificar si hay alguna alteración del desarrollo del niño, con el fin de tomar las medidas necesarias para tratarlas a tiempo. Además los padres y/o cuidadores serán educados sobre pautas de crianza y cuidado de sus hijos.

ACTIVIDAD

Consulta de primera vez por medicina general.

Consulta de controles por enfermería.
Análisis del peso y talla con relación a la edad.
Seguimiento al esquema de vacunación, consulta odontológica, tamizaje visual.

Fomento del autocuidado, prevención del maltrato y estilos de crianza.
Prevencciones de enfermedades y sus complicaciones.



DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL JOVEN (HOMBRE Y MUJERES DE 10 A 29 AÑOS)

DESCRIPCIÓN

Actividades enfocadas a garantizar la detección e intervención temprana de los factores de riesgo, problemas de salud prioritarios, así como para brindar información y orientación sobre la protección de la salud.

ACTIVIDAD

Consulta de primera vez por medicina general: Se busca evaluar la situación personal del joven, su estilo de vida, conductas, hábitos, antecedentes y proyección, con el fin de elaborar de manera conjunta y con participación de la familia, un plan de intervención de los factores de riesgo identificados y la formulación del proyecto de vida. Toma de exámenes de hemoglobina para las niñas entre 10 y 13 años de edad: El objetivo es identificar a tiempo anemias, que comúnmente se presentan a esta edad.



DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO MAYOR (HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS)



DESCRIPCIÓN

Se busca identificar de manera oportuna la aparición de enfermedades propias de la edad para ofrecer el diagnóstico y control de los factores de riesgo, así como su tratamiento y rehabilitación.

ACTIVIDAD

Consulta de medicina general cada 5 años hasta los 80 años de edad.

Exámenes de laboratorio: Colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, parcial de orina, glicemia, creatinina, tamizaje visual, así como el fomentos de factores protectores alimentación, actividad física, actividad de tiempo libre, prevención de cáncer de próstata, cáncer de mama y cáncer de cuello uterino.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CANCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO

DESCRIPCIÓN

Una vez al año toda mujer con vida sexual activa, debe realizarse una citología cervicouterina o tamizaje del PVH.

Las mujeres entre 40 y 64 años de edad deben realizarse cada dos años una mamografía. Con el objetivo de detectar oportunamente posible aparición de cáncer.

ACTIVIDAD

Citología cervicouterina

Colposcopia

Prueba Virus del Papiloma Humano (VPH)

Biopsia



DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL

DESCRIPCIÓN

Esta actividad se desarrolla con el propósito de detectar oportunamente alteraciones en la visión.

ACTIVIDAD

Tamizaje visual a todos los afiliados de en las siguientes edades:
4 años
11 años
16 años
45 años

Consulta de oftalmología a todos los afiliados en las siguientes edades:
55 años
65 años
70 años
75 años
80 años
85 años



1.9.

RUTAS INTEGRALES

Para la EPS Comfasucre la conformación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, es fundamental dentro de su Modelo de atención en salud, el cual es basado en la gestión del riesgo, siendo estas una herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrollan, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Comfasucre en su programa de Salud, ha creado el Departamento de Seguimiento al Riesgo, el cual tiene un grupo interdisciplinario, quien en conjunto con la oficina de calidad de la EPS, han priorizado grupos de riesgos, obtenido de los datos generados en la estructura diseñada para la caracterización poblacional, principal insumo de datos para el presente modelo; con identificación de las intervenciones que hacen parte de la RIAS, correspondiente al proceso de atención integral en salud que comprende las acciones de gestión de la salud pública para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, así como intervenciones de promoción de la salud, valoración integral en salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, todas ellas garantizando la continuidad de la atención; Posterior a la identificación de las intervenciones propuestas, el grupo interdisciplinario debe caracterizarlas con una breve descripción definiendo quien, como y donde, con la definición de Hitos que permitan evaluar los resultados de la gestión y del proceso de atención que se convierten en trazadores y marcan la diferencia en el logro de resultados en salud en las personas, familias y comunidades.

A través de esta herramienta operativa la EPS analizará las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, definición de prestadores que generen una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidad como parte de la garantía del derecho a la salud. Articularemos las intervenciones colectivas e individuales, así como las acciones de gestión de la salud pública, reconociendo que la atención en salud es un proceso permanente que garantiza:

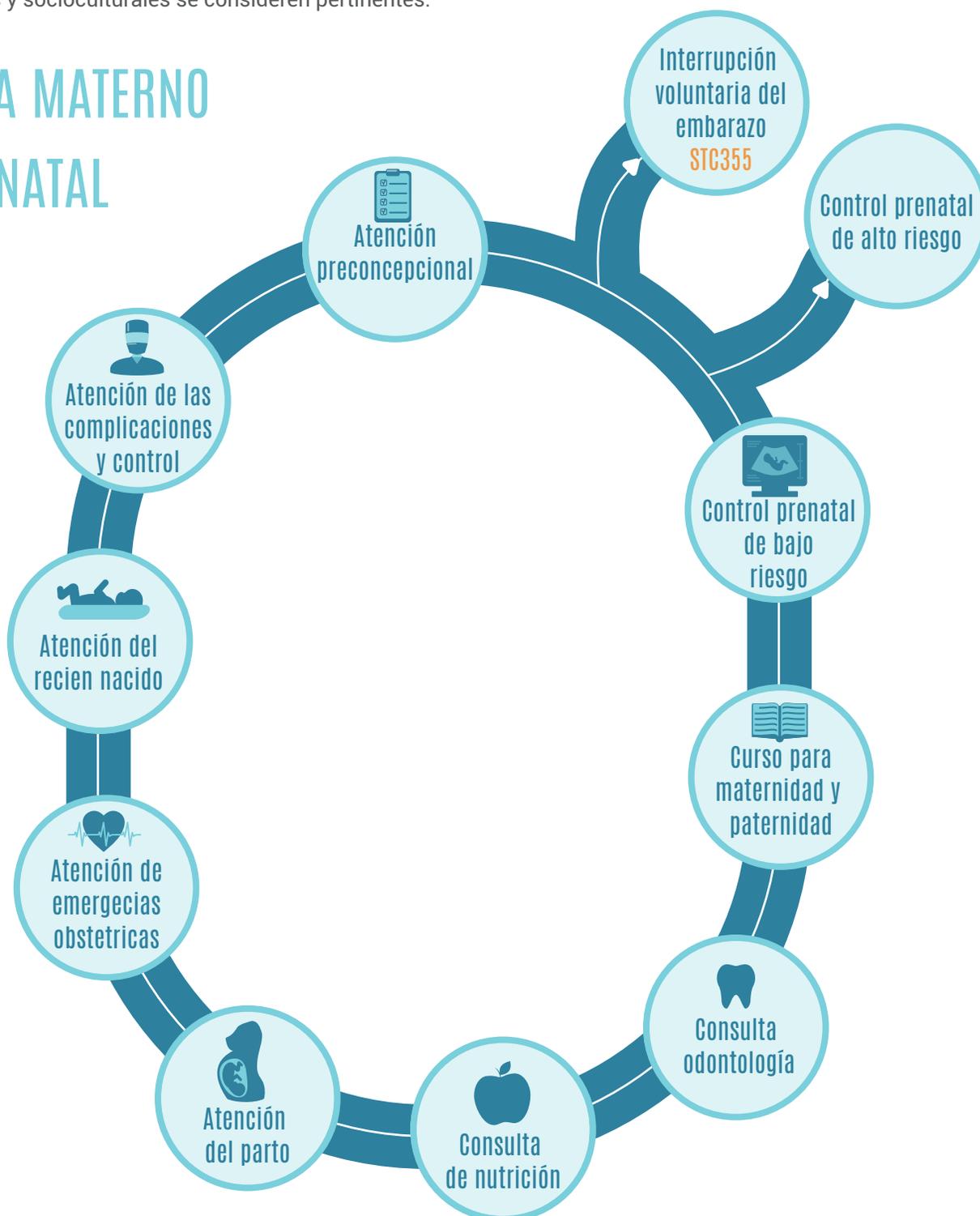
- Valorar integralmente los logros del desarrollo en todos los afiliados.
- Potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales que le permitan al afiliado el cuidado de su salud y alcanzar los resultados en su desarrollo.
- Gestionar temprana, oportuna e integralmente los principales riesgos en salud, que incluyen reducir la susceptibilidad al daño, teniendo en cuenta tanto los riesgos acumulados como los que emergen en el momento vital.
- Incidir en la afectación de los entornos para que sean protectores y potenciadores del desarrollo.
- Propiciar y respaldar la articulación de las acciones del sector salud con las de otros sectores apuntando al desarrollo integral de los afiliados.

La EPS Comfasucre garantizará la atención en Salud a toda la población de forma gradual y progresiva de acuerdo a la capacidad instalada requerida, a través del departamento de seguimiento al riesgo prioriza poblaciones sujetos de especial atención con enfoque diferencial como son los niños, adolescentes, gestantes, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas, patologías de alto costo y personas en condición de discapacidad. Su atención en salud no tendrá barreras administrativas o

económicas. Las instituciones que harán parte de la Red de servicios definidas por Comfasucre para la mencionada atención en salud deberán tener procesos definidos intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen mejores condiciones de atención.

Para la operación de las Rutas integrales, la EPS y la Red garantizarán la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la prestación de las intervenciones definidas en las mismas. Para ello, se deberá cumplir con el perfil definido en los lineamientos, sin perjuicio que se puedan incluir perfiles adicionales que de acuerdo con las condiciones territoriales y socioculturales se consideren pertinentes.

RUTA MATERNO PRENATAL



RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD



PRIMERA INFANCIA (0 A 5 AÑOS)

Atención por medicina general
Atención por enfermería
Atención por odontología
Vacunación
Suministro de micronutrientes
Desparasitación
Atención por pediatría
Edu. Individual, filial, y grupal



INFANCIA (6 A 10 AÑOS)

Medicina general
Atención por enfermería
Atención por odontología
Tamizaje para anemia,
Hemoglobina y hematocrito
Vacunación
Edu. Individual, filial, y grupal



ADOLESCENCIA (11 A 18 AÑOS)

Atención por medicina general
Atención por enfermería
Atención por odontología
Prueba rápida treponémica
Asesoría pre- y post test VIH
Prueba de embarazo
Tamizaje de cáncer de cuello Uterino
Colposcopia cervicouterina-biopsia
Asesoría anticoncepción
Vasectomía SOD
Pomeroy
Suministro de métodos de Planificación familiar
Vacunación
Edu. Individual, filial, y grupal



JÓVENES

Atención por medicina general
Atención por enfermería
Atención por odontología
Tamizaje de riesgo cardiovascular
Prueba rápida treponémica
Asesoría pre- y post test VIH
Prueba de embarazo
Tamizaje de cáncer de cuello Uterino
Colposcopia cervicouterina-biopsia
Asesoría anticoncepción
Vasectomía SOD
Pomeroy
Suministro de métodos de Planificación familiar
Vacunación
Edu. Individual, filial, y grupal



ADULTOS

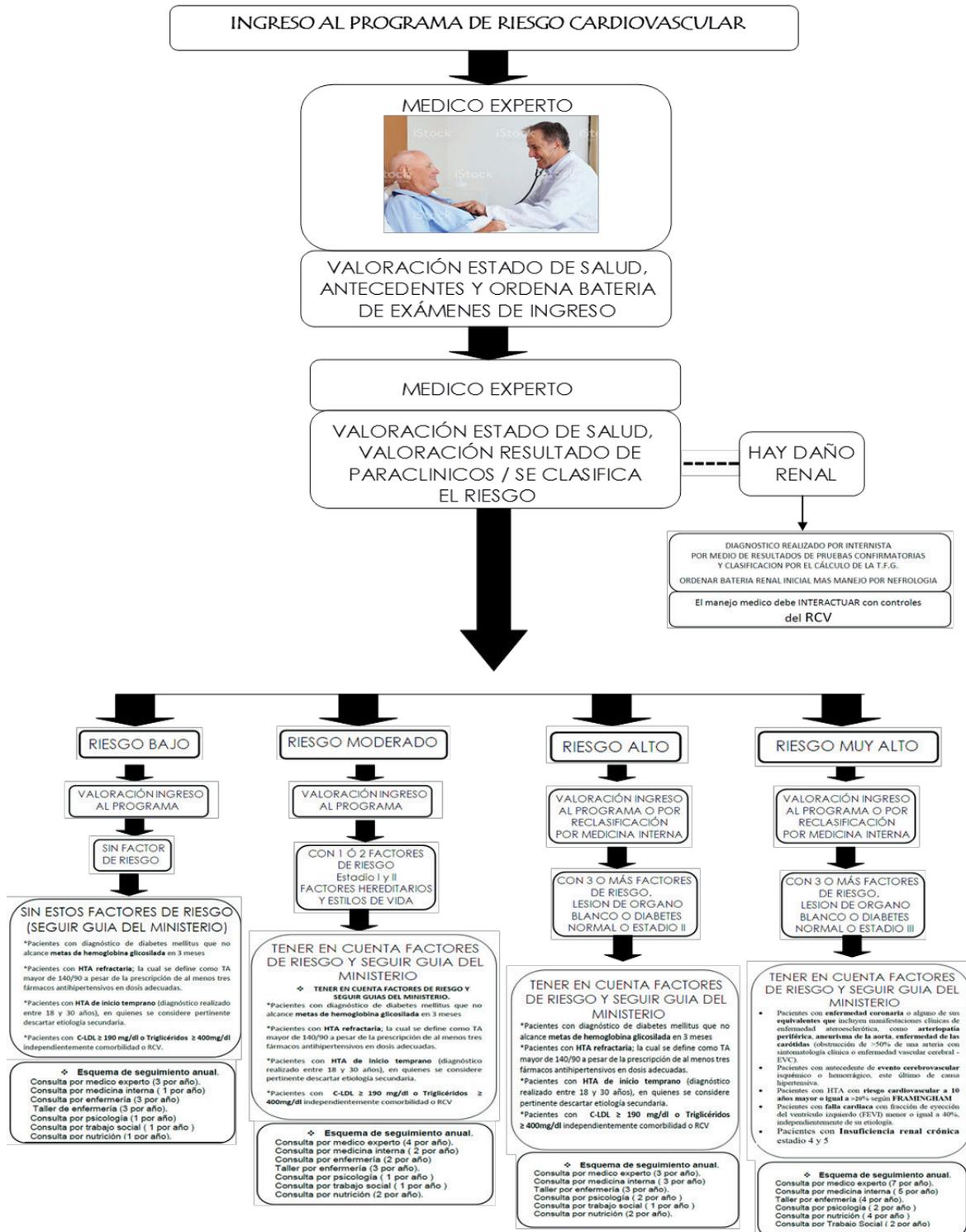
Atención por medicina general
Atención por odontología
Tamizaje de cáncer de cuello Uterino (ADN - VPH)
Citología
Crio cauterización del cuello Uterino
Colposcopia cervicouterina-biopsia
Tamizaje para cáncer de mama (mamografía)
Valoración clínica de la mama
Biopsia de mama
Tamizaje para cáncer de próstata (PSA)
Tamizaje para cáncer de próstata (tacto rectal)
Biopsia de próstata
Tamizaje para cáncer de colon (Sangre oculta en materia fecal)
Colonoscopia-biopsia de colon
Y metabólico
Prueba rápida treponémica
Prueba rápida para VIH
Prueba rápida para Hepatitis B
Prueba rápida para Hepatitis C
Prueba de embarazo
Vasectomía
Pomeroy
Suministro de métodos de Planificación familiar
Vacunación
Edu. Individual, filial, y grupal



VEJEZ

Atención por medicina general
Atención por odontología
Tamizaje de cáncer de cuello Uterino (ADN - VPH)
Citología
Colposcopia cervicouterina-biopsia
Tamizaje para cáncer de mama (mamografía)
Valoración clínica de la mama
Biopsia de mama
Tamizaje para cáncer de próstata (PSA)
Tamizaje para cáncer de próstata (tacto rectal)
Biopsia de próstata
Tamizaje para cáncer de colon (Sangre oculta en materia fecal)
Colonoscopia-biopsia de colon
Y metabólico
Prueba rápida treponémica
Prueba rápida para VIH
Prueba rápida para Hepatitis B
Prueba rápida para Hepatitis C
Vasectomía
Suministro de preservativos
Vacunación
Edu. Individual, filial, y grupal

RUTA CARDIOVASCULAR



1.10.

MEDIOS DE CONTACTO Y ACCESO A SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Comfasucre cuenta con oficinas de atención al afiliado en cada municipio con cobertura de afiliados también con mecanismos y canales presenciales y no presenciales a los cuales puede acudir para que le sea brindada la información que demande en torno a la prestación de los servicios, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos o no en el Plan de beneficios. Así mismo se recibirá quejas y formulará soluciones concretas y ágiles al afiliado o paciente.

Los afiliados cuentan con los siguientes medios para acceder a información sobre los servicios y puntos de atención, así como para comunicarnos sus inquietudes, entre otros:

- Línea Nacional Gratuita: 018000 180271. Disponible las 24 horas los 365 días del año.
- Línea celular disponible las 24 horas: 3045411295
- Buzón de PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias): Ubicados en las oficinas Municipales de Comfasucre y Red de IPS contratada.
- Página web: www.comfasucre.com.co
- Correos institucionales: Tener en cuenta Contactos Administrativos Funcionarios EPS Comfasucre
- Centros de Contactos: Oficinas de atención al afiliado en los municipios con cobertura de afiliados:

DIRECTORIO DE CONTACTOS

OFICINA	FUNCIONARIO	TELEFONO	EXT	E-MAIL
Departamento de Seguimiento al Riesgo	Edgardo Araujo Monterrosa	3107062333		edgardo.monterrosa@comfasucre.com.co
Departamento de Atención al Afiliado	Marlyn Mejía	3107062347		marlyn.mejia@comfasucre.com.co
Departamento de Administración de Red	Carlos Arturo Tirado	2799500	1086	red.salud@comfasucre.com.co
Departamento de Auditoria Médica y Calidad	Hugo Orozco	2799500	1089	hugo.orozco@comfasucre.com.co
Afiliación y Registro	Diana Rodríguez	3045417643		diana.rodriguez@comfasucre.com.co
Referencia y Contrareferencia	Dina Ricardo	3045411295		referencia.contrareferencia@comfasucre.com.co
Portabilidad.	Luis Acosta	3113648285		portabilidad.eps@comfasucre.com.co

BETULIA

Promotor: Marety Villadiego
 Correo Electrónico:
oficina.betulia@comfasucre.com
 Celular: 3107062335
 Dirección: Transversal 9 A # 10 A-02

COLOSÓ

Promotor: Yiseth Puello
 Correo Electrónico:
oficina.coloso@comfasucre.com
 Celular: 3145575713
 Dirección: Cra 5 #6-4 Cll Real

COROZAL

Promotores: Lina Garrido – Ingrid López
 Correo Electrónico:
oficina.corozal@comfasucre.com
 Celular: 3107062339
 Dirección: Cll 23 #32-43 B/ san juan

COVENAS

Promotor: Arnedis López Posso
Correo Electrónico:
oficina.covenas@comfasucre.com
Celular: 3145189806
Dirección: Sector el Campano

EL ROBLE

Promotores: Maira Hernández – Rafael Carmona
Correo Electrónico:
oficina.elroble@comfasucre.com
Celular: 3107062353
Dirección: Cra 6#5-25 Calle las peñitas

GALERAS

Promotor: Carmen Díaz
Correo Electrónico:
oficina.galeras@comfasucre.com
Celular: 3107063555
Dirección: Diagonal 10 Cll 9-86B Cll el Mosquito.

GUARANDA

Promotor: Enriqueta Julio
Correo Electrónico:
oficina.guaranda@comfasucre.com
Celular: 3145971239
Dirección: Cra 8 # 6-35 Cll 20 de Julio

LOS PALMITOS

Promotores: María Díaz Castro – Adriana Salgado
Correo Electrónico:
oficina.lospalmitos@comfasucre.com
Celular: 3107079711
Dirección: Cra 11 cll4-42 B/ Jardín

MAJAGUAL

Promotor: Violeth Rodríguez
Correo Electrónico:
oficina.majagual@comfasucre.com
Celular: 3167449270
Dirección: Calle Principal

MORROA

Promotor: Eder Arroyo
Correo Electrónico:
oficina.morroa@comfasucre.com
Celular: 3107062326
Dirección: Cll 10 #5-34 local 01 B/ Palito

OVEJAS

Promotor: Amalia Torres
Correo Electrónico:
oficina.ovejas@comfasucre.com
Celular: 3107063569
Dirección: Antiguo teatro municipal Cra 15-18

SAN ANTONIO DE PALMITO

Promotores: Lineth Serpa – Marisol Martínez
Correo Electrónico:
oficina.palmito@comfasucre.com
Celular: 3107063558
Dirección: Cll el limón 7-4 a # 64

SAMPUÉS

Promotores: María Isabel Madrid – Karen Quintero
Correo Electrónico:
oficina.sampues@comfasucre.com
Celular: 3107062358
Dirección: Cll 21 # 22-44 B/ Millan Vargas

SAN BENITO ABAD

Promotor: Eliseo Villareal
Correo Electrónico:
oficina.sanbenito@comfasucre.com
Celular: 3167446541
Dirección: Cll 11 Cra 15-64 B/ Palo Alto

SAN MARCOS

Promotores: Ángela Herazo – Faustino Pulido
Correo Electrónico:
oficina.sanmarcos@comfasucre.com
Celular: 3107062324
Dirección: Cra 26 # 19-63 Centro

SAN PEDRO

Promotor: Libia Puello
Correo Electrónico:
oficina.sanpedro@comfasucre.com
Celular: 3145576998
Dirección: Cll real Cra 12 # 26-64

SINCÉ

Promotor: Yarel Díaz
Correo Electrónico:
oficina.since@comfasucre.com
Celular: 3145573207
Dirección: Cll principal Cra 11 #19

SUCRE

Promotor: Gisela Martínez
Correo Electrónico:
oficina.sucre@comfasucre.com
Celular: 3145971241
Dirección: Cll san salvador Cra 2a # 12 – 70

TOLÚ

Promotoras: Yolima Torres y Yoheidis Ricardo
 Correo Electrónico:
 oficina.tolu@comfasucre.com
 Celular: 3145574455
 Dirección: Cra 9 ClI 16-81 La Circunvalar

TOLUVIEJO

Promotor: Sandra Blanco
 Correo Electrónico:
 oficina.toluviejo@comfasucre.com
 Celular: 3145578217
 Dirección: Transversal 4 # 3-227 ClI San José

Las peticiones, quejas y reclamos presentados por los afiliados son gestionadas de manera oportuna por el equipo responsable de ello. Las quejas de mayor complejidad o que por volumen afecten en mayor grado a los usuarios reciben el trámite correspondiente, en donde el equipo de Atención al Afiliado, analiza cada petición con el fin de tomar decisiones de impacto que garanticen la satisfacción y calidad en la atención de nuestros afiliados. La respuesta pertinente a cada caso, se remite al afiliado en el término definido en los estándares de oportunidad.

al Afiliado, analiza cada petición con el fin de tomar decisiones de impacto que garanticen la satisfacción y calidad en la atención de nuestros afiliados. La respuesta pertinente a cada caso, se remite al afiliado en el término definido en los estándares de oportunidad.

- A través de Mipres, ahora su médico, odontólogo, optómetra o nutricionista podrán prescribirle sin necesidad de autorización.
- El profesional de la salud que le prescribe, le entregará la fórmula o un plan de manejo con un número de prescripción.
- La EPS deberá informarle dónde le suministrarán el servicio o tecnología.
- Espere máximo cinco días para que la EPS le suministre el servicio o tecnología.

1.12. TRANSPORTE Y ESTADÍA

El Plan de Beneficios de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.
- Entre instituciones prestadoras de servicios de salud 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 remitora.

Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el

1.11. ACCESO A SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (NO PBS)

Las peticiones, quejas y reclamos presentados por los afiliados son gestionadas de manera oportuna por el equipo responsable de ello. Las quejas de mayor complejidad o que por volumen afecten en mayor grado a los usuarios reciben el trámite correspondiente, en donde el equipo de Atención

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 cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el afiliado deba trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el plan de beneficios en salud, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la Entidad Promotora de Salud -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 Entidad Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.

En caso que un afiliado requiera servicio de transporte, puede acercarse a la oficina de Atención al Usuario en su municipio para presentar el requerimiento el cual será autorizado siempre y cuando el servicio que requiere no se ofrezca en el municipio donde está siendo atendido y cumpla con los requisitos para acceder a estos.

Para la autorización de servicios de transporte, se tendrá en cuenta los lineamientos estipulados en normatividad vigente.

Transporte de cadáveres: El transporte o traslado de cadáveres así como los Servicios funerarios no se encuentran cubiertos con cargo a la UPC.

1.13.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA AFILIACIÓN Y ASEGURAMIENTO

¿Qué es el Régimen Subsidiado?

Es el mecanismo mediante el cual la población vulnerable, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través del subsidio que ofrece el Estado.

Está dirigido a las familias que no tienen capacidad de cotizar, clasificados en niveles 1 y 2 del Sisbén y la población especial identificada en los siguientes listados censales:

- Población infantil abandonada a cargo del ICBF o bajo protección especial.
- Menores desvinculados del conflicto armado.
- Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
- Comunidades indígenas.
- Población desmovilizada.
- Adultos mayores en Centros de Protección.
- Población ROM (GITANOS).
- Personas Incluidas del Programa de protección a testigos.
- Víctimas del Conflicto armado de conformidad a lo establecido en la Ley 1448 de 2011.
- Población migrante colombiana repatriada o que ha retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana Venezuela y su núcleo familiar.
- Población Habitante de la calle.
- Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden Departamental, distrital o municipal que no cumplen con las condiciones para cotizar al SGSSS.
- Personas incluidas del programa de protección a testigos.

- Personas que dejan de ser madres comunitarias o madres sustitutas y sean beneficiarias del subsidio de subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en términos de la Ley 1450 de 2011 y 111 de la Ley 1769 de 2015.

Como afiliarse al régimen subsidiado:

- Tener aplicada la encuesta del Sisbén
- Estar dentro de los rangos establecidos (nivel 1 o 2 del Sisbén).
- Escoger libremente la EPS que está autorizada para operar en el municipio.

Las poblaciones especiales no requieren la encuesta del Sisbén, en este caso el listado de beneficiarios es suministrado por autoridades o entidades especiales, como gobernadores de Cabildos Indígenas, Departamento de Prosperidad Social, El Ministerio del Interior, ICBF, entre otros.

Ciudadanos con encuesta Sisbén entre niveles 1 y 2
0,00 a 47,99.....NIVEL 1.
48,00 a 54,86.....NIVEL 2.

Recién nacido con madre o padre afiliado a la EPS

- Fotocopia del documento de identidad del padre que vaya a realizar la afiliación.
- Registro civil de Nacimiento del Menor.
- Foto copia del documento de identidad del ciudadano que requiera la afiliación y/o traslado de acuerdo a la edad.

Tenga en cuenta: Toda afiliación está sujeta a verificación en la base de datos Única de Afiliación-BDUA-ADRES- a Nivel Nacional y Comprobador de Derechos de la Secretaría de Salud a nivel Distrital.

Si el proceso de afiliación o traslado se realiza del día 1 a 5 de cada mes, se hará efectivo el mes siguiente.

Si se hace después del día 5 del mes, el traslado se hará efectivo a partir del primer día calendario del mes subsiguiente.

En caso de que la afiliación la realice un tercero en representación del ciudadano debe existir carta de

autorización y documento de identidad.

Todos los documentos para la afiliación deben ser legibles, sin tachones ni enmendaduras.

Los ciudadanos no podrán encontrarse afiliados a una EPS Contributiva.

¿Quiénes se pueden afiliar como cotizantes al Régimen Contributivo?

Es el mecanismo mediante el cual la población vulnerable, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través del subsidio que ofrece el Estado.

Está dirigido a las familias que no tienen capacidad de cotizar, clasificados en niveles 1 y 2 del Sisbén y la población especial identificada en los siguientes listados censales:

¿A quién puede afiliar el cotizante?

- a. Cónyuge o compañero(a) permanente. Incluyendo las parejas del mismo sexo.
- b. Hijos menores de 25 años, siempre y cuando dependan económicamente del afiliado cotizante.
- c. Hijos de cualquier edad, si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado cotizante.
- d. Los hijos del cónyuge o compañero (a) permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas anteriormente.
- e. Los hijos de los beneficiarios, hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición.
- f. Los hijos menores de 25 años y los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente, que como consecuencia de fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria protestad o la ausencia de éstos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan económicamente de éste.
- g. A falta de cónyuge y de hijos, podrán ser beneficiarios los padres del afiliado que no estén pensionados y que dependan económicamente del cotizante.
- h. Los menores de dieciocho (18) años entregados en

custodia legal por la autoridad competente.

También se pueden afiliar como beneficiarios adicionales y que dependan económicamente del cotizante a sus parientes hasta cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad para lo cual deberá pagar un valor adicional a la cotización, el cual se reajusta anualmente.

¿Cómo realizar una afiliación?

Para hacer una nueva afiliación o incluir algún beneficiario, usted debe:

Paso 1

Diligenciar el formulario de afiliación, relacionando a cada uno de los miembros de su grupo familiar que desee inscribir.

Paso 2

Anexar los documentos solicitados para acreditar el parentesco con sus beneficiarios, así:

- La calidad de cónyuge, se acreditará con el Registro Civil de Matrimonio.
- La calidad de compañero o compañera permanente se acreditará de acuerdo con lo establecido en el decreto 780 de 2016, bajo las directrices de la Ley 979 de 2005 en su artículo 4, bajo el cumplimiento de los siguientes:
 - Por escritura pública ante notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes.
 - Por acta de conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido (el centro de conciliación, el notario, o el juez de familia, estudia y declara la existencia de la Unión Marital de Hecho por acta de conciliación, escritura pública, o sentencia, respectivamente, según la autoridad ante la cual hayan realizado dicha solicitud).
 - Por sentencia judicial, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados por el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los jueces de familia.

En caso de darse la necesidad de terminar la unión

marital, es necesario para la exclusión del cónyuge cumplir con lo siguiente:

- Por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes elevado a escritura pública ante notario.
- De común acuerdo entre compañeros permanentes, mediante acta suscrita ante un centro de conciliación legalmente reconocido.
- Por sentencia judicial.
- Por la muerte de uno o ambos compañeros
- La calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, se acreditará con los registros civiles correspondientes.
- La calidad de hijo adoptivo mediante el certificado de adopción o acta de entrega del menor, emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o entidad autorizada.
- La incapacidad permanente de los hijos mayores de veinticinco (25) años se acreditará mediante el dictamen emitido por la EPS.
- La calificación de invalidez la realiza la entidad competente (ARL AFP).
- La expedición de certificados de discapacidad se realiza de acuerdo a lo definido en la Circular Externa 09 de 6 de octubre del 2017, para lo cual el afiliado realiza solicitud por la línea de atención definidas para procesos de medicina laboral anexando copias recientes de historia clínica que describan la discapacidad.
- La condición para los afiliados relacionados en el numeral F del punto anterior, se acreditará con el documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- Los menores en custodia legal con la orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente.

Paso 3

Radical el formulario y los documentos en la EPS.

Sistema de Afiliación Transaccional - SAT

El Ministerio de Salud y Protección Social anunció la puesta en marcha de un sitio web para facilitar a los usuarios del Sistema de Salud, cambiar de EPS en internet. Este proceso administrativo, que antes debía realizarse en persona ante cada EPS, ahora podrá adelantarse en línea, sin requerir el diligenciamiento del formulario ni su presentación.

La herramienta recibió el nombre de Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) y para hacer uso de este servicio los interesados deberán estar registrados, mediante la creación de un usuario y la asignación de una clave, en el portal “Mi seguridad social”, haciendo clic en el siguiente link www.miseguridadsocial.gov.co

Cuando las personas no puedan acceder a la plataforma para realizar los trámites en el SAT, lo podrán hacer con el diligenciamiento del formulario físico, sin que bajo ninguna circunstancia se pueda afectar el acceso a los servicios de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, informó que los interesados en cambiarse de asegurador deberán cumplir una de las siguientes condiciones:

- Estar afiliado mínimo durante 360 días a su EPS actual.
- En el caso que no esté unificado su grupo familiar.
- Cuando su EPS ya no presta servicio en donde reside.

¿Qué es el portal “Mi Seguridad Social”?

Es una página creada con el propósito de facilitar a los ciudadanos la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a los afiliados el reporte de sus novedades.

Como afiliado, tiene disponible la consulta del estado actual de su afiliación, el historial de inscripciones que haya realizado a diferentes EPS, el reporte de traslado para usted y todo su grupo familiar, entre otras. Por su parte, los empleadores, entidades e instituciones pueden registrar el rol de empleador –persona jurídica– y el rol de empleador – persona natural –.

¿Cómo puedo registrarme?

Para registrarse en el portal debe tener a la mano su documento de identidad y completar los cuatro pasos que se muestran a continuación:

Paso 1

Registro de datos básicos.

Paso 2

Validación de identidad

Paso 3

Radical el formulario y los documentos en la EPS.

Paso 4

Creación de usuario



Para registrarse como empleador es importante que ya tenga un registro como ciudadano y que sea el Representante Legal Principal de la empresa, entidad o institución que va a registrar.

¿Qué encuentro en la zona de ayuda?

En la zona de ayuda encontrará diferentes opciones que lo guiarán en la interacción con el portal. Los instrumentos y documentos dispuestos son:

- Tutorial de ayuda
- Glosario de términos
- Videos

¿Cómo puedo contactarlos?

Si tiene preguntas e inquietudes frente al portal "Mi Seguridad Social", o en relación a la información sobre el proceso, podrá comunicarse por cualquiera de estos medios que puso a disposición el Ministerio de Salud y Protección Social:

Vía telefónica: Bogotá: (57-1) 5893750 - Ministerio de Salud y Protección Social.

Línea gratuita nacional 01 8000 96 00 20 - Ministerio de Salud y Protección Social.

Mesa de ayuda: miseguridadsocial@minsalud.gov.co

Punto de atención Ministerio de Salud y Protección Social:
Carrera 13 No. 32-76 piso 1 Código postal 110311 – Bogotá
Horarios de atención Ministerio de Salud y Protección Social:

Presencial: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. en jornada continua.

Vía telefónica / Mesa de ayuda: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. / sábados de 8:00 a. m. a 1 p. m.

¿Qué es la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Es el aporte obligatorio que con base en el ingreso mensual, hacen los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo.

¿Qué es la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Actualmente para trabajadores dependientes e independientes es del 12.5% del ingreso base de cotización, para pensionados es el 12%. En el caso del trabajador dependiente, la empresa asume el 8.5% y el trabajador cotizante el 4%. En el caso de independientes la cotización del 12.5% la asume integralmente el cotizante y los pensionados asumen en su totalidad el 12%.

¿Cuándo se debe realizar el pago de los aportes en salud?

El pago de los aportes al régimen contributivo se debe realizar en los plazos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con los últimos dígitos del NIT o documento de identificación del empleador o el cotizante independiente, así:

Es importante tener en cuenta que de no realizar el pago dentro de las fechas establecidas, habrá lugar al cobro de intereses de mora en el pago de los aportes y suspensión de la afiliación para acceder a las prestaciones contempladas en el Plan de Beneficios conforme a lo establecido en el Decreto 2353 de 2015.

¿Cómo se realiza el pago de los aportes en salud?

El pago se realiza a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Los Operadores de Información son las entidades responsables de permitir al aportante (dependiente, independiente, entidades pensionales, etc.) el acceso a la PILA a través de su portal en Internet o del Call Center, sirviendo de intermediarios entre los aportantes y las administradoras (EPS, ARL, etc.). El listado de los Operadores de Información con los datos de contacto de los mismos se encuentra en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando los trabajadores independientes realicen la afiliación por primera vez o cuando reanuden el pago de las cotizaciones de acuerdo con lo definido en el decreto 780 de 2016, podrán efectuar el pago proporcional a los días

objeto de la cotización.

DÍA HÁBIL	DOS ÚLTIMOS DÍGITOS DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
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

¿Cuándo se genera la suspensión por el no pago de aportes?

Se suspende la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por el no pago de dos períodos consecutivos de la cotización.

Así mismo, se suspende la afiliación cuando no se presentan los soportes exigidos para acreditar la condición de beneficiario, o cuando el afiliado cotizante incluya dentro de su grupo a un beneficiario adicional y no pague el valor correspondiente a la Unidad de Pago por Capitación.

¿Qué efectos tiene la mora en las cotizaciones?

Cuando el empleador realice el descuento del aporte del trabajador y no efectuó el pago de los aportes, 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 estarán a cargo del empleador, para lo cual la EPS cubrirá los costos y cobrará al empleador. Para

tal efecto, el trabajador deberá presentar 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 período de suspensión de la afiliación, la EPS no estará obligada a asumir la prestación de los servicios de salud, salvo que se trate de la atención de gestantes y de menores de edad.

Los servicios que demanden 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.

Al cotizante independiente se le garantizará la continuidad de la prestación de servicios de salud, así como a los integrantes de su núcleo familiar, cuando éstos se encuentren en tratamiento en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias por 4 períodos consecutivos de mora.

Incapacidades

Se entiende por Incapacidad, el estado de inhabilidad física o mental de un trabajador que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio habitual.

Las incapacidades laborales tienen origen en:

- Enfermedad general.
- Riesgos laborales (accidente de trabajo y enfermedad laboral).

La incapacidad por enfermedad general es asumida por la EPS y tienen derecho a su reconocimiento económico los afiliados que hayan cotizado por un período mínimo de cuatro semanas en forma ininterrumpida y completa al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las incapacidades por enfermedad general se liquidan con el ingreso base de cotización reportado por el aportante en el mes calendario de cotización anterior a la fecha de inicio de la incapacidad. En caso de salario variable, se tendrá como base el salario promedio devengado en los doce meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad o



todo el tiempo si este fuere menor. Las EPS no reconocen los dos (2) primeros días de incapacidad por enfermedad general.

Comprobada la incapacidad para laborar, el afiliado tiene derecho a que se le reconozcan hasta 180 días, liquidados a las dos terceras partes del ingreso base de cotización los primeros noventa días y, al 50% del salario entre el día 91 y el día 180.

Cuando se presenta prórroga de una incapacidad inicial por la misma patología o sus complicaciones, no debe haber transcurrido más de treinta (30) días con respecto a la fecha de finalización de la anterior incapacidad.

NOTA: No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando estas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentren excluidos en el plan de beneficios y sus complicaciones.

Licencias de Maternidad y Paternidad

Licencia de Maternidad:

Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de maternidad de 18 semanas en parto único, la cual disfrutará de la siguiente manera:

Licencia de maternidad preparto: Será de una (1) semana con anterioridad a la fecha probable del parto debidamente acreditada por el médico especialista tratante, esta semana

se debe tomar de manera obligatoria. Si por alguna razón médica la futura madre requiere una semana adicional previa al parto podrá gozar de las dos (2) semanas, con dieciséis (16) posparto. Si en caso diferente, por razón médica no puede tomarla semana previa al parto, podrá disfrutar las dieciocho (18) semanas en el posparto inmediato.

Licencia postparto: Esta licencia tendrá una duración normal de diecisiete (17) semanas contadas desde la fecha del parto, o de dieciséis (16) o dieciocho (18) semanas por decisión médica, de acuerdo a lo previsto en el punto anterior.

Cuando se trate de parto múltiple, la licencia se ampliará en (2) semanas más. Cuando se trate de parto prematuro, la licencia será de dieciocho (18) semanas más las faltantes para cumplir la fecha probable de parto que certifique el médico tratante.

La licencia será remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia si se trata de un salario fijo. En caso de salario variable, se tendrá como base el salario promedio devengado en los doce meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia o todo el tiempo si este fuere menor.

Para acceder al derecho de la prestación económica se requiere que la afiliada sea cotizante, que a la fecha del parto haya cotizado ininterrumpidamente por un período igual o superior al período de gestación y estar al día en los pagos con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es requisito aportar el Registro Civil de Nacimiento o Certificado de Nacido Vivo y la Certificación del médico especialista indicando la edad gestacional a la fecha del nacimiento y la fecha probable de parto.

Para cotizantes independientes que no cumplan con el período mínimo de cotización y cuyo ingreso base de cotización sea igual o inferior a un salario mínimo mensual legal vigente (1 SMMLV), la licencia de maternidad será reconocida bajo las normas establecidas en la Ley 1822 de 2017, Decreto 2353 de 2015 y Decreto 780 de 2016.

Licencia Remunerada de Paternidad:

Todo trabajador cuyo cónyuge o compañera permanente haya tenido un hijo, tiene derecho a disfrutar de la licencia remunerada de paternidad. Para adquirir este derecho se exige al padre como período mínimo de cotización el mismo periodo de gestación del recién nacido. El padre tiene derecho a que se le reconozcan ocho (8) días hábiles de licencia remunerada. La licencia se disfruta a partir del nacimiento del hijo y el plazo para su trámite es de 30 días siguientes a esta fecha.

El plazo máximo para el trámite administrativo es de (30) días hábiles a partir de la fecha de nacimiento del bebe.

Importante: Se recuerda que para acceder al respectivo reconocimiento económico por licencia de paternidad, no aplica reconocimiento proporcional.

Si se ha presentado inoportunidad en el pago de las cotizaciones, habrá lugar al reconocimiento y pago de esta licencia, siempre y cuando a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones en mora junto con los intereses de mora respectivos.

Es requisito aportar el Registro Civil de Nacimiento y la Certificación del médico especialista indicando la edad gestacional a la fecha del nacimiento.

Riesgos Laborales

Las incapacidades en riesgo laboral pueden ser por accidentes que se producen como consecuencia directa del trabajo o labor que desempeña y por enfermedad que haya sido catalogada como laboral por el Gobierno Nacional y que

sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador.

La incapacidad por Riesgos Laborales se valida y expide en la EPS; la prestación económica está a cargo de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la cual tiene el empleador afiliados a sus trabajadores, siendo reconocida al 100% a partir del día siguiente del evento.

Una vez se reconozca como laboral el evento en salud (accidente o enfermedad) el cotizante tendrá derecho a prestaciones asistenciales tales como asistencia médica, quirúrgica, terapéutica, hospitalización, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, suministro de medicamentos, prótesis y rehabilitación, entre otros, relacionados con esta patología.

Requisitos y procedimiento para tramitar la Incapacidad y la Licencia

Todas las incapacidades o licencias que hayan sido generadas por los médicos tratantes a los usuarios de COMFASUCRE EPS, deben ser presentadas para la respectiva validación de requisitos y verificación de derechos en la oficina principal de COMFASUCRE EPS, en la ciudad de Sincelejo.

Accidentes de Tránsito

En caso de accidente de tránsito, EPS Sanitas únicamente autorizará el cubrimiento de los servicios que se generen cuando los mismos excedan el tope de 800 SMLMV al momento del accidente y por cada persona lesionada. Los servicios que estén por debajo de este tope deberán ser cubiertos por la póliza del SOAT del o de los vehículos involucrados y el ADRES.

Reporte de Novedad del Grupo Familiar y Traslados

Cualquier novedad que modifique la afiliación del cotizante y/o de alguno de los beneficiarios, debe ser informada por el cotizante oportunamente a la EPS. Para ello debe acercarse a uno de nuestros puntos de atención, diligenciar el formato "Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS" y radicarlo junto con los documentos

soportes de la novedad que esté reportando.

El período mínimo de cotización en el Régimen Contributivo se define como el número mínima de semanas que debe cotizar el afiliado, para acceder a algunos servicios de alta complejidad o prestaciones económicas.

No existe restricciones en los servicios de salud cuando el afiliado se traslade de EPS. Usted tiene derecho a cambiar libremente de entidad promotora de salud después de que el grupo familiar (a excepción de los menores de un año) haya cumplido un periodo mínimo de 12 meses de afiliación.

Para realizar el traslado debe diligenciar el formulario de afiliación de la EPS a la cual desea trasladarse, indicando la EPS a la cual se encuentra afiliado actualmente o la última EPS a la que se afilió.

Libre Escogencia de EPS y de IPS

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud la elección de la EPS la realiza directamente el afiliado de manera libre y voluntaria. Si el afiliado desea trasladarse de EPS debe cumplir los requisitos establecidos en la normatividad vigente:

- Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos (360) días continuos o discontinuos 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 alguno de sus beneficiarios internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el grupo familiar que tenga registrado en la EPS de la que se va a trasladar.

El trabajador independiente debe estar al día con el pago de sus cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tenga en cuenta que cuando se opte por realizar el

traslado de EPS, cualquier trámite cuenta con un tiempo de formalización ante la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA. Por lo anterior, bien sea mediante la radiación del formulario único de afiliación y novedades en la EPS de su elección o a través de la página www.miseguridadsocial.gov.co, lo que determina el acceso a lo ofrecido en el Plan de Beneficios en Salud, acorde a la fecha de inicio de vigencia.

Al momento de la afiliación el usuario puede elegir la red de atención primaria ambulatoria más cercana a su lugar de residencia, dentro de las opciones ofrecidas por COMFASUCRE EPS.

Portabilidad

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.

COMFASUCRE EPS garantizarán a sus 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 primaria, cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias, producto de la emigración ocasional, temporal o permanente de un afiliado:

Emigración ocasional:

Entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.

Emigración temporal:

Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan de Beneficios de Salud en la red correspondiente.

Emigración permanente:

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

Usted puede realizar su solicitud de portabilidad por los siguientes medios:

- A través del correo electrónico www.portabilidad.eps@comfasucré.com.co
- Comunicándose al número celular 3113648285
- Radicando una comunicación escrita en cualquiera de nuestras oficinas.

Una vez analizada y aceptada la solicitud de conformidad con lo señalado en el marco legal vigente, COMFASUCRE EPS dentro de los diez (10) días hábiles siguientes le asignará una IPS Primaria que será la puerta de entrada para los servicios electivos de salud.

Movilidad entre regímenes

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 SISBÉN y algunas poblaciones especiales. La movilidad aplica para todo el grupo familiar registrado en el momento del retiro o de la pérdida de capacidad de pago.

Una vez COMFASUCRE EPS es notificada del retiro laboral o pérdida de capacidad de pago procede con la evaluación de las condiciones para otorgarle el beneficio de la movilidad entre regímenes. Sin embargo, para que opere esta novedad, es necesario el diligenciamiento de la solicitud a través del formulario establecido para tal fin.

En el caso de los cotizantes clasificados como Madres Comunitarias, si no se encuentran en la encuesta SISBEN también tienen derecho a la movilidad de régimen contributivo al subsidiado.

1.14.

ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN DE ESPECIAL PROTECCIÓN

La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y de alto costo, grupos étnicos significativos y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado.

A las mujeres en estado de embarazo, se les garantizará el acceso a los servicios de salud que requieran durante el embarazo y con posterioridad al mismo.

La persona adulta mayor tiene una atención preferencial, ágil y oportuna, sin perjuicio de los derechos preferentes que les asiste a los niños, las niñas y adolescentes.

Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Para las víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas.

1.15.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Asociación de Usuarios

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución Número 02063 del 2017, adopta la Política de Participación Social en Salud-PPSS, y requiere de su implementación de manera gradual y progresiva en los

diferentes ámbitos territoriales e institucionales; así mismo establece estrategias de participación en salud, de acuerdo a la Circular Externa 0060 del 2015.

Usted como afiliado a COMFASUCRE EPS puede participar en la Asociación de Usuarios de su municipio, que tienen la función de realizar Control Social y Veeduría ciudadana a la prestación de servicios de salud.

Comfasucre a través del Departamento de Atención al Afiliado adelanta acciones de capacitación, acompañamiento y asesoría para la formulación, planeación y ejecución de los planes de gestión en Control Social y Veeduría a los miembros de las Asociaciones de Usuarios de cada municipio, con relación a los Servicios de Salud.

Cuenta actualmente con una Asociación de Usuarios a Nivel Departamental y 21 Municipales, y dentro de sus principales responsabilidades están:

- Velar por la calidad del servicio, la defensa y representación del usuario.
- Brindar información a los afiliados acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Atender las quejas que los usuarios presenten por las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
- La EPS lo invita a hacer parte de esta asociación de usuarios en cada uno de los municipios con cobertura de afiliado.

Para afiliarse a la Asociación de Usuarios de COMFASUCRE EPS o para enviar sus inquietudes pueden contactarse a través de los siguientes medios:

- Línea telefónica: en Sincelejo: 2799500, Celular: 3107062347, Nacional 01 8000 938 810.
- Correo electrónico: marlyn.mejia@comfasucre.com.co
- Página Web: www.comfasucre.com.co

Rendición de Cuentas

COMFASUCRE EPS de acuerdo a Marco Reglamentario, Ley 1757 de 2015, Resolución 063 del 2017, Circular 008 de 2018, realiza anualmente la audiencia pública de rendición de cuentas en donde presenta el resultado de la gestión adelantada en la prestación del servicio de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones de usuarios respectivas y las acciones tomadas.

Los afiliados son convocados a través de anuncio publicado en un diario de amplia circulación y en la página web www.comfasucre.com.co.

El informe presentado en la audiencia de rendición de cuentas se publica en el micro sitio de rendición de cuentas ubicado en la página web de COMFASUCRE, para que los afiliados puedan acceder y conocer el resultado de la gestión. Así mismo, se reporta a la Superintendencia Nacional de Salud en los términos estipulados en la normatividad vigente.



2 DERECHOS Y DEBERES

2.1. DERECHOS

Como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, usted y sus beneficiarios tienen derecho a:

- Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios y a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos conforme su necesidad en salud. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar su condición de salud y orientar la adecuada decisión clínica.
- Protección especial a menores de 18 años. 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 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 entidad promotora de salud. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago del mismo.

- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible y el cuidado paliativo de acuerdo a su enfermedad o condición, respetando los deseos del paciente, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada, la enfermedad terminal y la agonía.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo 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 en caso de duda sobre su diagnóstico y/o manejo de su condición de salud.
- Obtener autorización por parte de la EPS para valoración científica y técnica, cuando del concepto médico externo de un profesional de la salud reconocido, se considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia 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 bienes y servicios de salud con continuidad. El acceso a un servicio de salud debe ser continuo y en ningún caso puede ser interrumpido por razones administrativas o económicas.
- Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su 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.
- A que para la verificación de derechos se le solicite únicamente el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrar el derecho. No podrá exigirse al afiliado copia, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
- Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente a la de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por 12 meses, haciendo la solicitud ante su EPS.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.
- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona podrá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni podrá ser obligado a soportar sufrimiento evitable, ni obligado 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 fe, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social y su intimidad, así como las opiniones personales que tenga.
- Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, 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 y la prohibición de que bajo ningún pretexto se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos.
- 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.

- Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias, 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, los riesgos y beneficios de estos y el pronóstico de su diagnóstico.
- En caso de ser menores de 18 años de edad, se les dé toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, los padres, sus representantes legales o cuidadores, para promover la adopción de decisiones autónomas frente a su salud y cuidado. En caso de inconciencia, incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres, sus representantes legales o cuidadores podrán consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos.
- Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada, en los casos de la interrupción voluntaria del embarazo, la eutanasia, el rechazo de tratamientos de soporte vital, el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos, así como para la prestación de cualquier tipo de servicio; tal objeción, en caso de existir, debe ser puesta en conocimiento de la IPS por escrito, con la debida antelación por parte del médico tratante, y se debe gestionar una solución pronta con un profesional no objetor.
- Revisar y recibir información acerca de los costos de los servicios prestados.
- Al apoyo de las EPS o de las autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, en el sentido de adoptar las medidas adecuadas para, por lo

menos, (i) suministrar la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (ii) entregarle al afiliado por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio, (iii) indicar específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista, y (iv) acompañarla durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.

- Recibir del prestador de servicios de salud, por escrito, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
- Recibir información y ser convocado individual o colectivamente, a los procesos de participación directa y efectiva para la toma de decisión relacionada con la ampliación progresiva y exclusiones de las prestaciones de salud de que trata el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, conforme al procedimiento técnico científico y participativo establecido para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 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 familiares o representantes, en caso de inconciencia o incapacidad para decidir del paciente, para que en caso de que no se cuente con el Documento de Voluntad Anticipada, consientan, disientan o rechacen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado de manera clara y detallada acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsible e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Ser respetado en su voluntad de oponerse a la presunción legal de donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otras personas. Para tal fin, de conformidad con el artículo 4° de la Ley 1805 de 2016, toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante Notario Público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud (INS). También podrá oponerse al momento de la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS).
- Cambiar del régimen subsidiado al contributivo y viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS, cuando pertenezca a los niveles 1 y 2 del SISBÉN, a una comunidad indígena, sea población desplazada o ROM (gitana), pertenezca al programa de protección a testigos o sea víctima del conflicto armado interno y se encuentre inscrito en el Registro Único de Víctimas, sin que exista interrupción en la afiliación.

- Mantener la confidencialidad y secreto de su historia clínica, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma con su autorización o por parte de las autoridades competentes en las condiciones que la ley o la jurisprudencia constitucional determinen. El usuario podrá consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y obtener copia de la misma.

2.2. DEBERES

Son deberes de la persona afiliada y del paciente, 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 y a los otros pacientes o personas con que se relacione durante el proceso de atención.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- 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.



3 INSTITUCIONES Y RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE DERECHOS

3.1. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Las Entidades Promotoras de Salud se encuentran sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que se encuentra ubicada en la Av. Ciudad de Cali N.º 51-66, Pisos 6 y 7, Edificio World Business Center, Bogotá D.C. Recibo de Correspondencia, Local 10. Teléfono (57-1) 4817000, línea gratuita nacional 01 8000 513700. Centro de atención al ciudadano Bogotá: Avenida Ciudad de Cali No. 51 - 66, Local 10 Carrera 13 No. 28 - 08, Locales 21-22, Centro Internacional.

Para conocer los puntos de atención al ciudadano en el país puede consultar en www.supersalud.gov.co.

El punto de Atención en el Departamento de Sucre se encuentra ubicado en la ciudad de Sincelejo, Calle 25 N.º

25B-35 Avenidas Las Peñitas, Gobernación Sucre. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 am a 12:00pm – 2:00pm a 6:00pm

Otros organismos de inspección, vigilancia y control:

- Ministerio de Salud y Protección Social:
Dirección: carrera 13 No. 32-76 Bogotá D.C.
PBX: (1) 3305000 FAX (1) 335050
Línea gratuita de atención al usuario: 018000910097
Correo electrónico:
atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co
Horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
- Procuraduría General de la Nación: Dirección Bogotá
Carrera 5 NO. 1-60 Datos de contacto: Línea gratuita

018000910315, página web: www.procuraduria.gov.co.

- Secretaría de Salud Departamental de Sucre, Cra. 14 No. 15A-140 Calle La Pajuela - tel. (5) 2821792
- Secretarías de Salud a Nivel Municipal
- Defensoría del Pueblo: Tel. 2822743, Fax: 2826045, email: sucre@defensoria.org.co, pagina web: www.defensoria.org.co
- Personerías Municipales, página web: personeria@sincelejo.sucre.gov.co

3.2. MECANISMOS DE PROTECCIÓN

Los afiliados podrán hacer uso de los siguientes mecanismos de protección:

- Presentar derecho de petición en los términos de 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, para solicitar información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo.
- 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 o la norma que la sustituya.
- La solicitud de cesación provisional ante la Superintendencia Nacional de Salud cuando un vigilado por acción u omisión que ponga en riesgo la vida o la integridad física de la persona, de conformidad con el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011.
- El recurso judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud en los términos de los artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011 y la práctica de medidas cautelares.

3.1. LEY ESTATUTARIA DE SALUD

La Ley Estatutaria de Salud pretende mejorar el acceso a los servicios de salud de los colombianos y consagra la salud como un derecho fundamental que era concebida como un servicio obligatorio con limitaciones.

Principalmente, la reforma a la Salud acabará con el llamado 'paseo de la muerte', pues se eliminarán las barreras administrativas en el servicio de urgencias porque los hospitales no podrán alegar problemas de afiliación del paciente, falta de contratos con las EPS o dificultades al tramitar las autorizaciones para no atenderlos.

¿Qué es una ley estatutaria?

Es un tipo de leyes especiales que regulan derechos y deberes fundamentales de las personas y la administración de justicia en nuestro país. Por ser especiales, deben ser aprobadas por la mayoría absoluta de votos de los senadores y representantes a la Cámara.

La Ley Estatutaria de Salud supone, necesariamente, que ese derecho ha adquirido el carácter de fundamental y autónomo; por eso tiene que ser garantizado prioritariamente por el Estado, y debe ser responsabilidad de toda la sociedad.

¿Cuáles son los aspectos que mayor impacto tendrán en la vida de los colombianos?

La Ley Estatutaria facilitará que se mejore el acceso a los servicios de salud, se eliminen las autorizaciones para las atenciones de urgencias, se fortalezca el control de precios a los medicamentos y se avance más rápido en la incorporación de nuevas tecnologías.

¿Qué significa adiós al carrusel de la muerte?

Infortunadamente, el llamado “carrusel de la muerte” se ha producido porque en algunos hospitales se niegan a atender en estado de urgencia a un ciudadano porque hay problemas con su EPS, lo que ha producido muchas muertes. Al establecerse que la salud es un derecho fundamental, a ninguna persona se le podrá negar la atención médica de urgencia para la protección de su salud y su vida.

¿Qué significa que los médicos tendrán autonomía?

Los médicos son personas que han estudiado mucho tiempo y tienen conocimientos científicos sobre el cuerpo humano, la salud y la enfermedad. Por eso tienen la capacidad para decidir qué tratamientos requieren los pacientes para restablecer su estado de salud.

Al reconocer la autonomía médica, la Ley Estatutaria pide a los profesionales de la salud que hagan su trabajo con autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica.

¿Qué significa que haya excepciones en el Sistema de Salud?

Significa que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá unas reglas para decidir que hay algunos tratamientos que no serán pagados por el sistema de salud, sino por las personas interesadas en acceder a ellos, como por ejemplo los que tengan un fin primordialmente cosmético o suntuario; los que no tengan evidencia sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica; aquellos que no estén autorizados para su uso en el país; los que sean experimentales; o aquellos tengan que ser prestados en el exterior.

¿Es verdad que la ley estatutaria retrasa el ingreso de nuevas tecnologías al mercado?

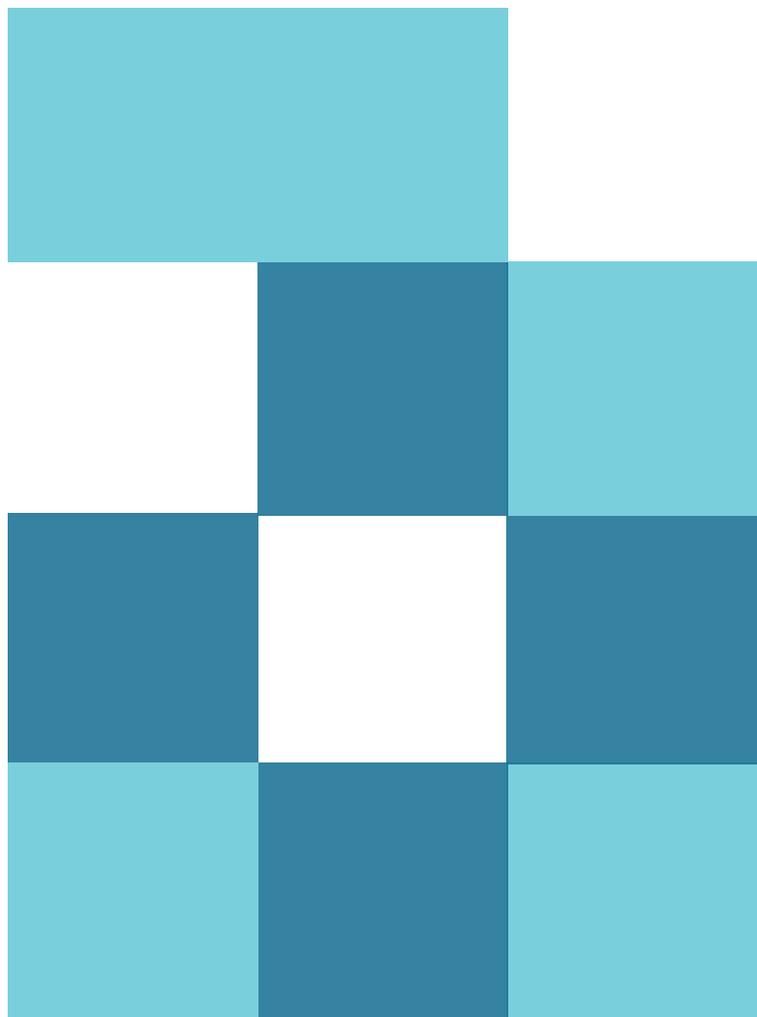
No es verdad. Al contrario, con la ley se acelerará la inclusión de nuevos tratamientos. Pero el Estado tendrá que decir más rápido si se trata de tecnologías que tienen o no tienen suficiente validez científica.

¿La ley estatutaria afecta la calidad de los medicamentos que se distribuirán en Colombia?

La calidad de los medicamentos depende de criterios científicos, de ética empresarial, vigilancia ciudadana y de la opinión pública, y de inspección, vigilancia y control del Gobierno. La Ley Estatutaria confirma la atribución del Estado para ejercer inspección, vigilancia y control al sector farmacéutico.

¿La ley estatutaria afecta la calidad de los medicamentos que se distribuirán en Colombia?

La Ley Estatutaria fortalece la política de control de precios de los medicamentos, por lo que el Gobierno continuará trabajando para que en Colombia haya medicinas baratas.





4

DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE

Morir con dignidad o el derecho a una muerte digna es un tema de coyuntura en la humanización de la medicina. Ha despertado extensas discusiones y existen perspectivas muy diferentes. Para algunos, por ejemplo, es el suicidio asistido o la eutanasia; para otros se trata de la posibilidad de morir sin dolor y reconciliado consigo mismo y con los demás. Morir con dignidad es un acto humano que se asume de acuerdo con la visión metafísica y religiosa de cada uno.

4.1. GLOSARIO

- **Derecho 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 a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el

cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo.

- **Cuidado Paliativo:** son los 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.
- **Eutanasia:** procedimiento médico en el cual se induce 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.
- **Enfermedad Incurable avanzada:** aquella 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 médicamente comprobada avanzada, progresiva, 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
- **Agonía:** situación que precede a la muerte cuando esta 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. metafísica y religiosa de cada uno.

Requisitos para el Derecho a Morir Dignamente

La Corte Constitucional aclaró que el individuo que solicite la muerte asistida deberá estar en capacidad de comprender la situación en la que se encuentra y al mismo tiempo tendrá que expresar su consentimiento de manera libre. Además, deberá contar con información seria y fiable acerca de su enfermedad proveniente de un médico, quien indicará las opciones terapéuticas y el pronóstico.

De igual manera, son necesarios los siguientes requisitos:

- Que la enfermedad sea calificada por un experto como terminal y debe producir intenso dolor y sufrimiento.
- Que el consentimiento de la persona que solicita la muerte asistida sea libre, informado e inequívoco.
- Que se atiendan ciertos criterios a la hora practicar procedimientos cuyo propósito sea el de garantizar el derecho fundamental a la muerte.

¿Por qué se expidió por parte del Ministerio de Salud y Protección Social una norma orientada a regular la garantía al derecho a la muerte digna?

Por medio de la Sentencia T-970 de 2014, la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección

Social impartir una directriz para la conformación de los Comités Científicos interdisciplinarios, cuya función principal será la de garantizar el derecho a la muerte digna de los pacientes en fase terminal que soliciten el amparo de este derecho, y que el mismo se materialice con la aplicación del procedimiento de muerte anticipada. En consecuencia, el Ministerio expidió la Resolución 1216 de 2015.

¿La garantía del derecho a la muerte digna o muerte anticipada ya está totalmente reglamentada en el país?

No, la Corte exhortó al Congreso a reglamentar lo pertinente. Sin embargo, la aplicación de la Resolución 1216 de 2015 es un avance en este tema; y puesto que los criterios para acceder a la garantía al derecho de la muerte digna contenidos en la Resolución son los establecidos por la Corte Constitucional, los mismos deberían ser tenidos en cuenta para el análisis y la eventual reglamentación en el Congreso.

¿Quién puede solicitar esta alternativa?

Cualquier enfermo en fase terminal mayor de 18 años, quien manifieste a su médico tratante su intención de garantizar su derecho a la muerte digna a través de un procedimiento de muerte anticipada. El derecho también se configura en los casos de pacientes mayores de 18 años de edad que estén inconscientes o en incapacidad de manifestar su deseo, pero que lo hayan dejado previamente manifiesto mediante un documento de voluntad previa.

¿Qué es un enfermo en fase terminal?

Se define como enfermo terminal aquel que es portador de una enfermedad o condición habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad para hospitalización oncológica. O en el ámbito ambulatorio, en una IPS que tenga habilitado el servicio de atención domiciliaria para paciente crónico.

¿Qué debe hacer el profesional médico que alegue objeción de conciencia y que fue delegado por el comité para realizar el procedimiento?

El médico deberá presentar por escrito y debidamente motivada la objeción al comité, el cual deberá designar a otro médico en un término no mayor a 24 horas.

¿El procedimiento tiene algún costo para el paciente que lo solicita?

El médico deberá presentar por escrito y debidamente motivada la objeción al comité, el cual deberá designar a otro médico en un término no mayor a 24 horas.

¿El procedimiento tiene algún costo para el paciente que lo solicita?

El procedimiento está cubierto por el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y como tal no representa costos para el paciente. Sin embargo, son las IPS autorizadas las que deben asumir los costos del procedimiento, dado que la Resolución establece que no podrán facturar la práctica del mismo al sistema.

¿Se puede desistir de la realización del procedimiento?

Sí. En cualquier momento el paciente puede desistir de la realización del procedimiento.

¿Se puede solicitar el procedimiento si el enfermo en fase terminal se encuentra en estado de inconsciencia u otra circunstancia que le impida manifestar su voluntad?

Sí, siempre y cuando la voluntad del paciente haya sido expresada previamente, mediante un documento escrito de voluntad anticipada o testamento vital.

¿Quién debe vigilar que se realice el procedimiento?

El comité científico interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad de cada IPS autorizada debe asegurar que el procedimiento se realice en los términos anteriormente señalados, sin perjuicio de las competencias propias de inspección, vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud.

¿Quién debe garantizar que se realice todo el procedimiento, así como la prestación de servicios como atención psicológica o valoraciones médicas que se requieran?

Las Entidades promotoras de salud (EPS) deberán ser el garante principal para el acceso y prestación efectiva del procedimiento de muerte anticipada como forma de ejercer el derecho a la muerte digna. Las EPS tienen que, entre otras responsabilidades, comunicarse con el comité y hacer que se cumpla este derecho. No interferir, en ningún sentido, en la decisión que adopte el paciente en relación con el derecho a morir con dignidad mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicien y tramitar con celeridad cualquier solicitud relacionada con este procedimiento.

4.2.

Derechos del paciente a morir dignamente

- Toda persona afiliada o paciente 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, condición social, en lo concerniente a morir dignamente, tiene derecho a:

- Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.
- Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, o agonía, 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 con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable avanzada, la enfermedad terminal o agonía.
- Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia. El médico tratante 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 es entregada la misma.
- 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 decidir a quien es entregada 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 desproporcionadas 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 o tratamientos.
- Ser respetado en su voluntad de solicitar eutanasia 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 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, 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 una atención imparcial y neutral frente a la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través de eutanasia.
- 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 sean ellas de contenido ético, moral o religioso que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.
- Recibir la ayuda o el apoyo psicológico, médico y social para la persona afiliada y su familia, que permita un

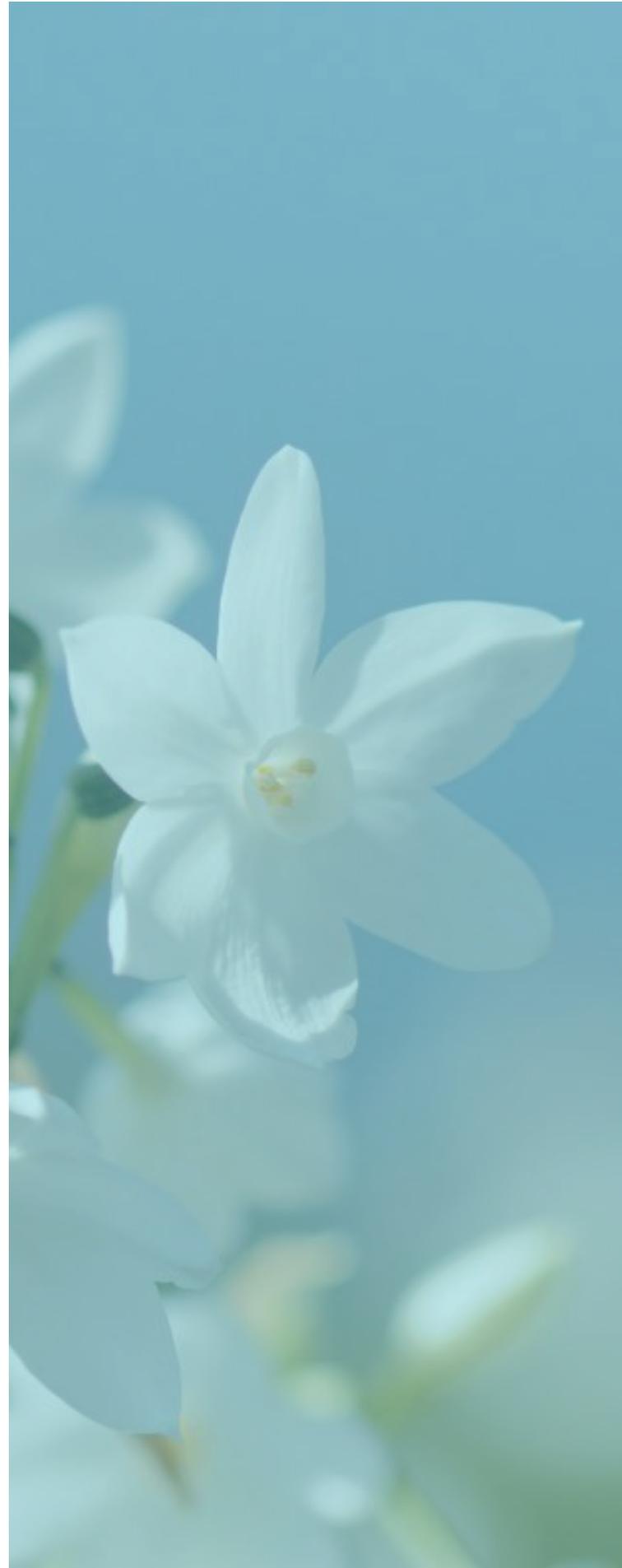
proceso de duelo apropiado. La atención y acompañamiento no puede ser esporádica sino que tendrá que ser constante, antes, durante y después de las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.

- Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada 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.
- 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 sean respetadas sus voluntades 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 ser respetado en su decisión.

4.1. DEBERES DEL PACIENTE A MORIR DIGNAMENTE

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

- Informar al médico tratante y al personal de salud, 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.



CARTA DE DESEMPEÑO

COMFASUCRE EPS presenta a través de la Carta de Desempeño el comportamiento de los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, con esto se busca orientar a los afiliados para que puedan ejercer el derecho a la libre escogencia de EPS e IPS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

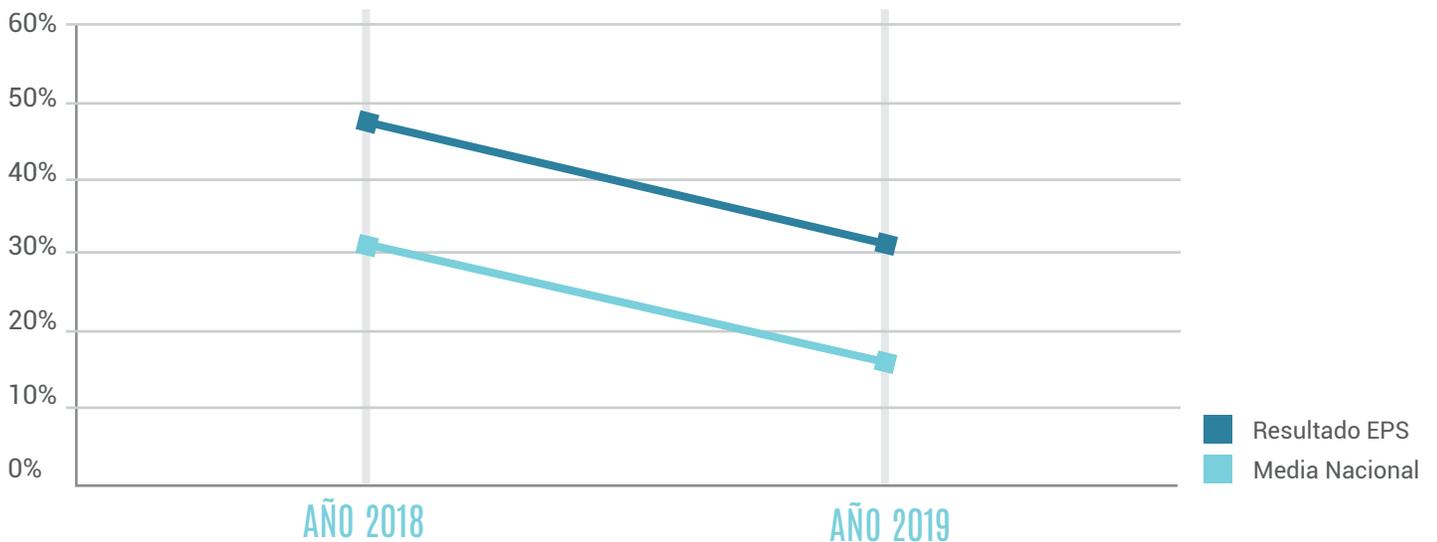
Es importante anotar que esta información corresponde al seguimiento que la EPS realiza a la Red prestadora de Servicios de Salud, así como la atención prestada en los puntos de atención en cada uno de los Municipios.



1 INDICADORES DE CALIDAD COMFASUCRE EPS

Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años:

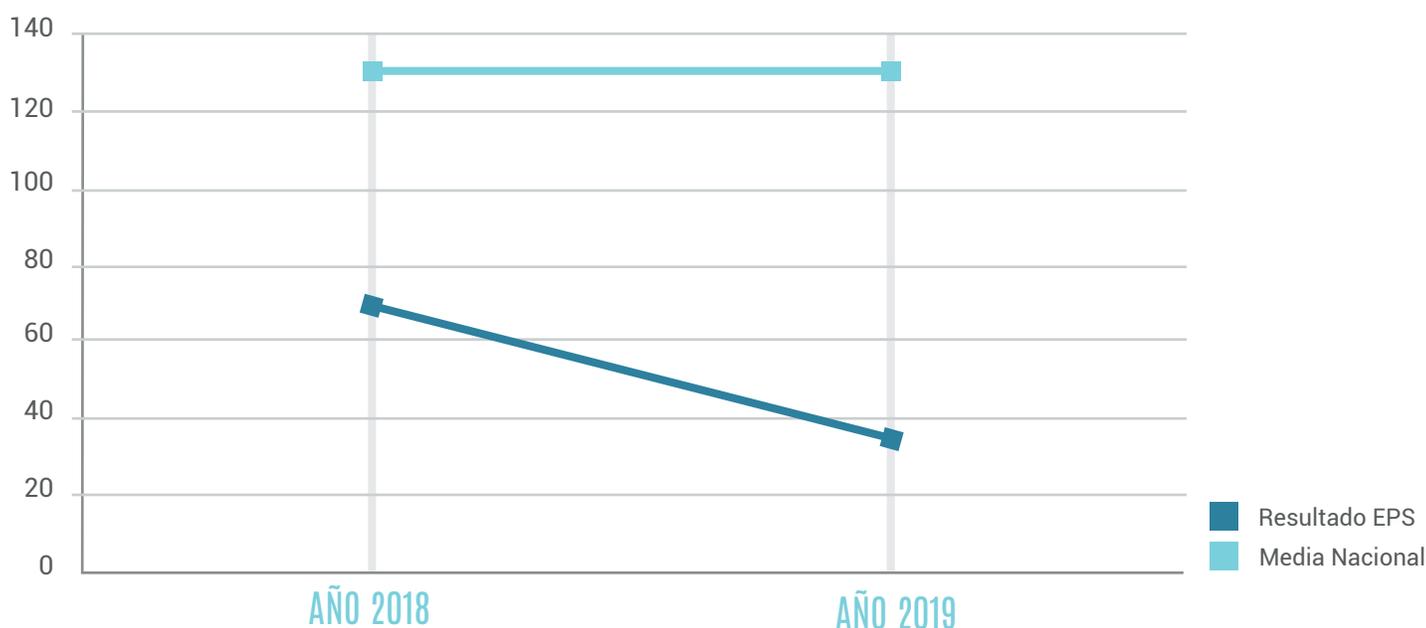
	AÑO 2018	AÑO 2019
RESULTADO EPS	47.62%	31.80%
MEDIA NACIONAL	31.52%	16.26%



Cerramos el año 2019 con un acumulado de este indicador en 31.80%, este resultado es superior teniendo en cuenta que la meta esta en 16%, presentando una disminución con respecto al año anterior de 15.8%, por la disminución de la población afiliada, sin embargo resaltamos que tenemos identificados 7.530 afiliados con diagnóstico de hipertensión en nuestra EPS y un porcentaje de pacientes controlados del 82.64%, lo más importante se encuentra en un programa **CUIDAMOS TU SALUD POR TI POR TU FAMILIA**, con el fin de realizar un seguimiento y tratamiento oportuno para mitigar los casos de enfermedad renal crónica y su progresión a estadios avanzados.

Tiempo promedio entre remisión de las mujeres con diagnostico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes:

	AÑO 2018	AÑO 2019
RESULTADO EPS	69	35.75
MEDIA NACIONAL	130.97	130.97



Este indicador presenta un alto cumplimiento en el año 2019 y se evidencia una alta mejoría en la gestión del riesgo pasando de 69 días en el año 2018 a 38 días en el año 2019, tiempo transcurrido desde la presunción hasta el diagnostico, estando muy por encima de la media Nacional que es de 130 días. Este dato es muy importante teniendo en cuenta que lo priorizamos por la mayor prevalencia que presenta este cáncer en el País y en nuestra EPS, es así como pasamos de 6 casos incidentes en el año 2018 a 4 casos incidentes en el año 2019.

Estas cifras presentadas sirven para evaluar la gestión de riesgo para cáncer de mama, que realiza la Caja de compensación familiar de sucre en su programa de salud **EPS COMFASUCRE**.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General:

En la tabla inferior se consolida el promedio de oportunidad en la asignación de cita de consulta general y especializada a la población afiliada a Comfasucre, durante el período enero-diciembre 2019, comparativa con el mismo período de la vigencia 2018.

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA GENERAL Y ESPECIALIZADA, COMFASUCRE, COMPARATIVO 2018, 2019.			
TIPO DE CONSULTA	OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN		META
	2018	2019	
Medicina general	1,3	1,6	3 días
Odontología general	1,2	1,2	3 días
Ginecología	5	5,3	15 días
Pediatría	3	2	5 días
Obstetricia	2,1	2,1	5 días
Cirugía General	6,1	4,6	30 días
Medicina Interna	3,9	3,9	10 días
Ortopedia	7,0	6,9	20 días

Fuente: Departamento de Auditoría Médica y calidad, 2019.

En la tabla anterior podemos observar que existen durante el periodo de enero a diciembre de 2019 una oportunidad en la consulta de medicina y odontología general se encuentran muy por debajo del estándar nacional, para las dos vigencias. La oportunidad en la consulta especializada de pediatría y obstetricia que tienen un estándar de 5 días, se mantuvo por debajo de 3 días.

Para la consulta de ginecología, medicina interna, ortopedia y cirugía general presentan un comportamiento similar a los indicadores anteriores, muy por debajo del estándar, con mejor resultado en salud en la vigencia 2019.

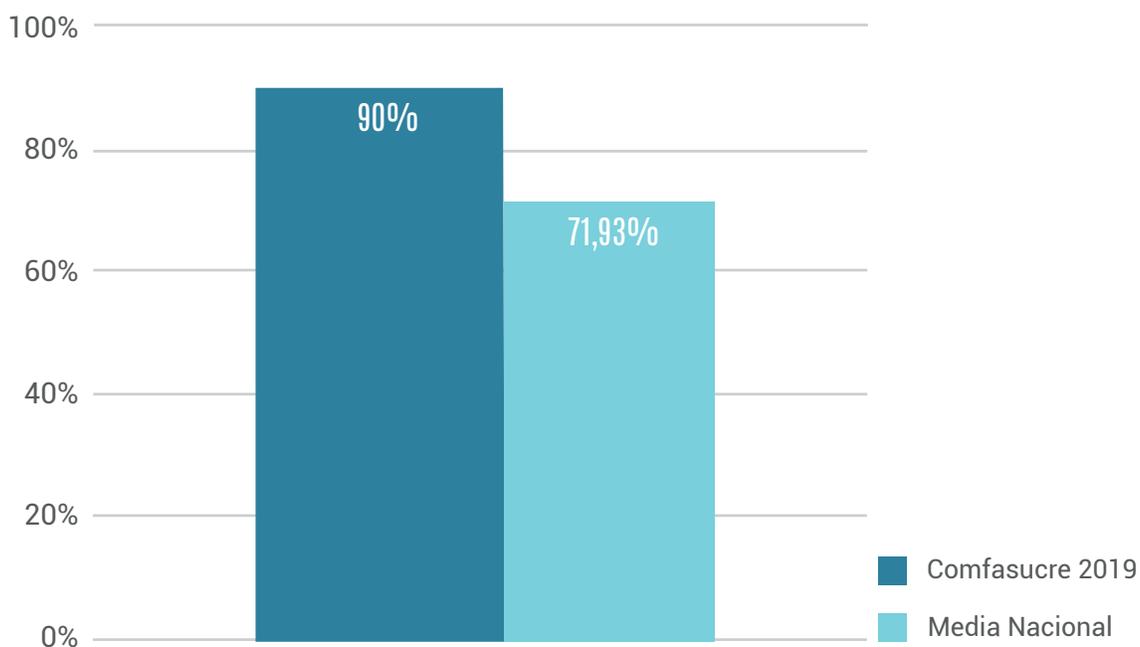
Comportamiento de oportunidad en asignación de citas medicina general y odontología (Vs) media Nacional. Año 2018:

En la tabla inferior se hace un análisis comparativo de los resultados en salud que Comfasucre obtuvo a través de la Red de Prestadores contratada, contra la media nacional registrada en el estudio INCAS 2017.

INDICADOR_CITAS	PROMEDIO COMFASUCRE AÑO 2019	MEDIA NACIONAL-ESTUDIO INCAS_AÑO 2017
Medicina general	1,6	2,7
Odontología general	1,2	2,8
Pediatría	2,0	7,6
Medicina Interna	3,9	12,1
Obstetricia	2,1	8,7
Cirugía General	4,6	10,3

Lo anterior evidencia, que los resultados en salud de Comfasucre fueron superiores en oportunidad, a toda la red nacional.

Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la EPS:



En gráfica presentada, podemos señalar que de acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas a los afiliados de la EPS en el año 2019; con el fin de conocer la percepción de la calidad en la atención de nuestros afiliados en cuantos a accesibilidad, calidad del servicio y atención humanizada, se obtiene como resultado un incremento del 18.07% en la satisfacción global, en comparación con la media nacional. Es decir que para el año 2019 COMFASUCRE EPS superó la media nacional en cuanto a satisfacción de nuestros afiliados en un 18.07%.



INFORMACIÓN PARA EL
REPORTE DE
INDICADORES
RESOLUCION 1552 DE
2013

Código

Versión:

Fecha de aprobación:

Página 1 de 1

REPORTE DE DICIEMBRE DE 2019.

1. El número total de citas asignadas.
2. Sumatoria de la diferencia de días entre la fecha para la cual se asignó la cita y la fecha en la cual el usuario solicitó la cita.
3. Sumatoria de la diferencia de días entre la fecha para la cual se asignó la cita y la fecha para la cual el usuario solicitó le fuera asignada.
4. Tiempo promedio de espera, según fecha en que se solicita la cita.
5. Tiempo promedio de espera, según fecha para la cual se solicita la cita.
6. 1 Número mínimo de días de espera para las citas asignadas durante el mes anterior a la cuantificación.
- 6.2 Número máximo de días de espera para las citas asignadas durante el mes anterior a la cuantificación.
7. Número de horas-especialista, contratadas o disponibles para cada especialidad en el mes anterior a la cuantificación.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	SERVICIO	1	2	3	4,0	5	6,1	6,2	7
SUCRE	SINCE	MEDICINA GENERAL	126	202	126	1,60	1	1	2	160
SUCRE	SINCE	ODONTOLOGIA	23	32	23	1,39	1	1	2	80
SUCRE	MORROA	MEDICINA GENERAL	290	366	290	1,26	1	1	2	160
SUCRE	MORROA	ODONTOLOGIA	41	118	41	2,88	1	1	3	120
SUCRE	BETULIA	MEDICINA GENERAL	347	370	347	1,07	1	1	2	180
SUCRE	BETULIA	ODONTOLOGIA	100	102	100	1,02	1	1	2	120
SUCRE	SAMPUES	MEDICINA GENERAL	1037	2074	1037	2,00	1	1	3	180
SUCRE	SAMPUES	ODONTOLOGIA	137	270	137	1,97	1	1	2	120
SUCRE	COROZAL	MEDICINA GENERAL	285	468	285	1,64	1	1	2	160
SUCRE	COROZAL	ODONTOLOGIA	114	118	114	1,04	1	1	3	120
SUCRE	LOS PALMITOS	MEDICINA GENERAL	376	583	376	1,55	1	1	2	180
SUCRE	LOS PALMITOS	ODONTOLOGIA	14	14	14	1,00	1	1	1	120

SUCRE	GALERAS	MEDICINA GENERAL	5	5	5	1,00	1	1	1	120
SUCRE	GALERAS	ODONTOLOGIA	77	77	77	1,00	1	1	1	120
SUCRE	SAN BENITO ABAD	MEDICINA GENERAL	91	252	91	2,77	1	1	3	120
SUCRE	SAN BENITO ABAD	ODONTOLOGIA	26	58	26	2,23	1	1	3	120
SUCRE	SUCRE	MEDICINA GENERAL	74	74	74	1,00	1	1	1	120
SUCRE	SUCRE	ODONTOLOGIA	10	10	10	1,00	1	1	1	60
SUCRE	COVEÑAS	OBSTETRICIA	16	16	16	1,00	1	1	3	80
SUCRE	COVEÑAS	GINECOLOGIA	14	14	14	1,00	1	1	1	80
SUCRE	COVEÑAS	MEDICINA INTERNA	19	19	19	1,00	1	1	1	80
SUCRE	COVEÑAS	MEDICINA GENERAL	27	29	27	1,07	1	1	2	120
SUCRE	COVEÑAS	ODONTOLOGIA	8	8	8	1,00	1	1	1	80
SUCRE	COVEÑAS	PEDIATRIA	6	6	6	1,00	1	1	1	60
SUCRE	EL ROBLE	MEDICINA GENERAL	402	1058	404	2,63	1	1	3	80
SUCRE	EL ROBLE	ODONTOLOGIA	90	218	90	2,42	1	1	3	80
SUCRE	MAJAGUAL	MEDICINA GENERAL	91	91	91	1,00	1	1	1	180
SUCRE	MAJAGUAL	ODONTOLOGIA	25	25	25	1,00	1	1	1	80
SUCRE	TOLU	MEDICINA GENERAL	128	180	128	1,41	1	1	2	120
SUCRE	TOLU	ODONTOLOGIA	75	75	75	1,00	1	1	1	80
SUCRE	TOLU	OBSTETRICIA	37	37	37	1,00	1	1	1	80
SUCRE	TOLU	GINECOLOGIA	27	27	27	1,00	1	1	1	160
SUCRE	TOLU	MEDICINA INTERNA	29	29	29	1,00	1	1	1	60
SUCRE	TOLU	PEDIATRIA	49	49	49	1,00	1	1	1	80
SUCRE	TOLUVIEJO	MEDICINA GENERAL	72	72	72	1,00	1	1	1	120
SUCRE	TOLUVIEJO	ODONTOLOGIA	89	89	89	1,00	1	1	1	120

SUCRE	TOLUVIEJO	GINECOLOGIA	8	8	8	1,00	1	1	1	80
SUCRE	TOLUVIEJO	MEDICINA INTERNA	3	3	3	1,00	1	1	1	80
SUCRE	TOLUVIEJO	PEDIATRIA	8	8	8	1,00	1	1	1	80
SUCRE	GUARANDA	MEDICINA GENERAL	10	10	10	1,00	1	1	1	80
SUCRE	GUARANDA	ODONTOLOGIA	10	10	10	1,00	1	1	1	60
SUCRE	SAN MARCOS	PEDIATRIA	22	83	22	3,77	1	1	5	80
SUCRE	SAN MARCOS	MEDICINA INTERNA	32	371	32	11,59	1	1	13	80
SUCRE	SAN MARCOS	GINECOLOGIA	16	60	16	3,75	1	1	5	80
SUCRE	SAN MARCOS	MEDICINA GENERAL	361	407	361	1,13	1	1	2	180
SUCRE	SAN MARCOS	ODONTOLOGIA	652	652	652	1,00	1	1	1	160
SUCRE	SAN MARCOS	CIRUGIA GENERAL	1	3	1	3,00	1	1	1	120
SUCRE	SAN MARCOS	OFTALMOLOGIA	19	149	19	7,84	1	1	1	120
SUCRE	SINCELEJO	ALERGOLOGIA	22	22	22	1,00	1	1	1	80
SUCRE	SINCELEJO	OFTALMOLOGIA	216	3359	216	15,55	1	1	17	60
SUCRE	SINCELEJO	MEDICINA GENERAL	1383	1543	1383	1,12	1	1	2	180
SUCRE	SINCELEJO	ODONTOLOGIA	457	506	457	1,11	1	1	2	180
SUCRE	SINCELEJO	GINECOLOGIA	679	3428	679	5,05	1	1	7	180
SUCRE	SINCELEJO	MEDICINA INTERNA	1497	3513	1497	2,35	1	1	4	160
SUCRE	SINCELEJO	OBSTETRICIA	523	590	523	1,13	1	1	2	180
SUCRE	SINCELEJO	PEDIATRIA	1297	1840	1297	1,42	1	1	3	180
SUCRE	SINCELEJO	CIRUGIA GENERAL	329	614	329	1,87	1	1	3	180
SUCRE	SINCELEJO	ORTOPEDIA	471	2298	471	4,88	1	1	6	180
SUCRE	SINCELEJO	OTORRINO	127	579	127	4,56	1	1	7	180
SUCRE	SINCELEJO	OFTALMOLOGIA	216	3359	216	15,55	1	1	17	180
SUCRE	SINCELEJO	NEFROLOGIA PEDIATRICA	28	331	28	11,82	1	1	12	80
SUCRE	SINCELEJO	NUTRICION	379	380	379	1,00	1	1	1	80

SUCRE	SINCELEJO	NEUROLOGIA	190	1020	190	5,37	1	1	8	180
SUCRE	SINCELEJO	NEFROLOGIA	28	146	28	5,21	1	1	7	180
SUCRE	SINCELEJO	UROLOGIA	129	1103	129	8,55	1	1	11	180
SUCRE	SINCELEJO	DERMATOLOGIA	306	1705	303	5,57	1	1	8	120
SUCRE	SINCELEJO	GASTROENTEROLOGIA	28	62	28	2,21	1	1	4	60
SUCRE	SINCELEJO	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	22	234	22	10,64	1	1	12	120
SUCRE	SINCELEJO	FISIATRIA	21	21	21	1,00	1	1	1	160
SUCRE	SINCELEJO	CARDIOLOGIA	27	335	27	12,41	1	1	14	80
SUCRE	SINCELEJO	ALERGOLOGIA	22	22	22	1,00	1	1	1	60
SUCRE	SINCELEJO	REUMATOLOGIA	90	90	90	1,00	1	1	1	60
SUCRE	SINCELEJO	NEUROPIEDIATRIA	27	27	27	1,00	1	1	1	60
SUCRE	SINCELEJO	CIRUGIA PLASTICA	24	154	24	6,42	1	1	9	60
SUCRE	SINCELEJO	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	25	25	25	1,00	1	1	1	60
SUCRE	SINCELEJO	NEUMOLOGIA PEDIATRICA	4	4	4	1,00	1	1	1	80
SUCRE	SINCELEJO	ANESTESIOLOGIA	44	232	44	5,27	1	1	7	60

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general:

El tiempo promedio de espera para la asignación de cita medicina general para el mes de diciembre de 2019 corresponde a 1.42 días, resultado que permite evidenciar un cumplimiento del proceso de atención en salud ajustado a lo descrito en la normatividad vigente (Decreto ley 019 de 2012). Muy a pesar de la mejora evidenciada en el tiempo de asignación de cita de medicina general, el programa de salud de Comfasucre encamina sus acciones a incentivar el mayor reporte por parte de las IPS contratadas para la atención en salud.

Gracias a la gestión de Comfasucre para garantizar que el prestador público aporte los indicadores de obligatorio cumplimiento, del total de prestadores con este servicio contratado, se evidencia 17 prestadores con reporte, lo que representa un 86 %. Nótese que en a pesar de que se evidencia una mejor cultura del reporte, existen ESE municipal que no realizan su reporte pese a requerimientos realizados por Comfasucre a representante legales, secretario de salud

municipales, secretaria de Salud departamental, contraloría Nacional y departamental.

Comfasucre consciente de la importancia de la oportunidad en la asignación de cita por medicina general, seguirá realizando seguimiento y acompañamiento a la red contratada.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general:

Una vez analizado el del tiempo promedio de espera para la asignación de cita por consulta externa de odontología general, se evidencia una asignación de cita correspondiente a 1.37 días, lo que demuestra oportunidad en la atención por parte de la red prestadora acorde con los lineamientos normativos descritos en el Decreto ley 019 de 2012 y la meta concertada como parte de la medida de vigilancia especial.

Pese a la gestión realizada por Comfasucre EPS para garantizar que el prestador público aporte los indicadores de obligatorio cumplimiento, del total de prestadores con este servicio contratado, 17 realizan reporte para el mes de diciembre, lo que representa un 81%.

Es de resaltar que durante el periodo de seguimiento en plan de mejora suscrito ante Supersalud (de abril a diciembre de 2018) se evidencia un aumento progresivo en el número de prestadores que reportan, lo anterior gracias a la intervención por parte de EAPB en el acompañamiento y requerimiento para él envió de la información en forma mensual. Como quiere que existen ESE municipales que no realizan su reporte pese a requerimientos realizados a representantes legales, se comunica el no cumplimiento por parte de la red pública en el envío de información a secretarías de salud municipales, departamentales, contraloría nacional, departamental y procuraduría. Comfasucre EPS vigilante en que la red prestadora brinde a nuestros afiliados una atención con calidad y oportunidad seguirá realizando seguimiento y acompañamiento a la red prestadora.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría:

El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de consulta externa por pediatría para el mes de diciembre de 2019 arrojó un resultado final de 1,63 días, lo que evidencia que La EPS cuenta con oportunidad en la asignación de citas a través de la red de prestadores de servicios de salud contratada para la atención de la población afiliada demandante de este servicio ajustada a la meta previamente establecida de 5 días. Comfasucre cuenta con cinco (05) prestadores para la atención de consulta externa medicina especializada de pediatría en todo el departamento de sucre.

Se evidencia que existe un reporte por parte de cuatro prestadores con solicitud de servicio (100%), prestador restante no presenta demanda de este servicio durante el mes en referencia.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna:

El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de consulta externa de medicina interna para el mes de diciembre corresponde a 3,38 días, lo que evidencia la oportunidad que tiene nuestros afiliados para el acceso al servicio, que Comfasucre le garantiza a través de la red de prestadores contratada para la atención de la población demandante de este servicio, ajustada a la meta previamente establecida de 10 días.

La EAPB cuenta con una red de seis prestadores para garantizar la atención de consulta especializada medicina interna en

todo el departamento, de los cuales se demandaron servicios en las IPS Unidad médica el bosque, Viva 1A, Punto Vital y Hospital Regional de San marcos. De estos prestadores, Viva 1A tiene contrato por PGP con una cobertura de 17 de los 21 municipios de Sucre donde Comfasucre tiene cobertura geográfica, con una población de 103970 afiliados, lo que representan en 89 %de la población total afiliada (116690). Es de resaltar que nuestros afiliados tienen acceso sin que medie una orden de servicios con la IPS Viva 1 A. La oportunidad promedio se encuentra de 3.5días, lo anterior gracias a la gestión en conjunto realizada entre Comfasucre y su red prestadora.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia:

Analizado al interior del programa de salud de Comfasucre el tiempo promedio de espera para la asignación El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia para el mes de diciembre de 2019 finalizo con un resultado de 1.04, lo que evidencia una adecuada cobertura para las necesidades de atención de esta cohorte que goza de doble protección constitucional.

Lo anterior evidencia, que La EPS Comfasucre cuenta con oportunidad en la asignación de citas en forma eficiente y oportuna ante la demanda de la población afiliada al programa salud a través de la red de prestación de servicios contratada.

Comfasucre cuenta con una red de prestadores que garantizan la atención por consulta externa de obstétrica, conformada por cinco (05) prestadores, se evidencia que existe un reporte del 100% de los prestadores contratado para este servicio durante el mes en referencia.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general:

El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general para el mes de diciembre de 2019 corresponde a 2,43 días, se observa para este mes que existe un cumplimiento muy por debajo de la meta establecida. Estos resultados se dan debido a la concertación de estrategias de mejora, entre la EPS y el prestador que permitan generar un atención más oportuna y ajustada a los lineamientos de cumplimiento previamente establecidos como meta.

El programa de salud Comfasucre cuenta con una red de prestadores conformada por cuatro (04) IPS para atención de consulta externa de cirugía general, que reportan de manera oportuna. De estos prestadores, Viva 1A tiene contrato por PGP con una cobertura de 17 de los 21 municipios de Sucre donde Comfasucre tiene cobertura geográfica, con una población de 103970 afiliados, lo que representan en 89 %de la población total afiliada (116690). Es de resaltar que nuestros afiliados tienen acceso sin que medie una orden de servicios, permitiendo acceder a citas en forma oportuna. Se evidencia que existe un reporte del 100% de los prestadores contratado para este servicio durante el mes en referencia.

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera:

El Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera en promedio acumulado corresponde a 3,69 días, lo que evidencia que La EPS cuenta con oportunidad en la realización de esta intervención a través de la red de prestadores de servicios de salud contratada para la atención de la población afiliada demandante de este servicio ajustada a la meta previamente establecida de 19 días.

Cabe resaltar que Comfasucre dispone de prestadores tales como Clínica Santa María, Clínica Salud Social, Oftalmólogos

Asociados de la costa, Hospital Regional Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, Hospital universitario de Sincelejo y Clínica la Concepción para realizar este tipo de procedimiento.

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas:

El tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas durante la vigencia 2019 culminó con un resultado de 6,64 días, lo que evidencia que La EPS cuenta con oportunidad en la realización de esta intervención a través de la red de prestadores de servicios de salud contratada para la atención de la población afiliada demandante de este servicio ajustada a la meta previamente establecida de 21 días.

Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía para revascularización miocárdica:

El tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica con corte a diciembre de 2019 alcanzó un resultado promedio de un 31,31 días, lo que evidencia que La EPS cuenta con oportunidad en la realización de esta intervención a través de la red de prestadores de servicios de salud contratada para la atención de la población afiliada demandante de este servicio ajustada a la meta previamente establecida de 4,2 días.

Comfasucre EPS dispone de prestadores tales como sociedad cardiovascular del Caribe, sociedad hemodinámica Santa María y clínica de la costa para la realización de este procedimiento, sin embargo, para el mes en referencia se realizó este procedimiento en prestador sociedad Cardiovascular del Caribe Colombiano SAS y sociedad de Hemodinámica Santa María S.A.S por ser IPS de elección de los afiliados.

La información respectiva a estos ítems puede ser ampliada por nuestros afiliados en el portal web del Ministerio de Salud y la Protección Social / Observatorio Nacional de Calidad a través del enlace:

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx> donde podrán consultar la información total del país. De igual manera en el sitio web de COMFASUCRE www.comfasucre.com.co se puede consultar los informes mensualizados de los últimos 3 años.

Fuente: Pagina web del observatorio de calidad de la atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social:

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co>



3. POSICIÓN EN EL ORDENAMIENTO (RANKING)

Tabla 4: Ranking Régimen Subsidiado

Codigo	Nombre	Ranking Total 2018	Dimensión Oportunidad	Dimensión Satisfacción	Dimensión Trámites
CCF033	COMFASUCRE	1 ▲(6)	1 ▲(18)	1 ▲(10)	2
CCF023	CCF DE LA GUAJIRA	2 -	2 ▲(2)	2 -	1
CCF015	COMFACOR	3 ▲(2)	3 ▲(11)	8 ▼(5)	3
CCF049	COMFAORIENTE	4 ▲(2)	4 ▲(14)	6 ▼(2)	5
ESS024	COOSALUD EPS	5 ▼(1)	12 ▼(5)	4 ▲(1)	6
CCF055	CCF CAJACOPI ATLÁNTICO	6 ▲(2)	5 ▲(5)	10 ▼(1)	9
ESS091	ECOOPSOS ESS	7 ▲(3)	9 ▲(4)	5 ▲(2)	10
ESS076	AMBUQ ARS	8 ▼(5)	7 ▲(1)	3 ▲(3)	19
ESS133	COMPARTA	9 ▲(5)	10 ▲(5)	9 ▲(4)	8
ESS207	ASOCIACIÓN MUTUAL SER ESS	10 ▼(9)	15 ▼(13)	11 ▼(10)	4
CCF002	SAVIA SALUD EPS	11 ▲(4)	11 -	7 ▲(10)	11
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	12 ▲(11)	8 ▲(16)	16 ▲(5)	12
ESS118	EMSSANAR ESS	13 ▲(12)	20 ▲(6)	12 ▲(12)	13
EPS037	NUEVA EPS	14 ▼(2)	14 ▼(9)	15 -	18
CCF027	CCF DE NARIÑO	15 ▲(11)	6 ▲(16)	19 ▲(6)	16
CCF009	COMFABOY	16 ▲(1)	17 ▲(6)	14 ▲(2)	20
ESS062	ASMET SALUD	17 ▼(4)	25 ▼(24)	13 ▼(1)	14
CCF053	COMFACUNDI	18 ▲(2)	18 ▲(3)	18 -	17
EPS022	A.R.S. CONVIDA	19 ▲(2)	16 ▲(4)	17 ▲(2)	24
CCF007	COMFAMILIAR CARTAGENA	20 ▼(9)	22 ▲(3)	20 ▼(12)	7
EPS025	CAPRESOCA E.P.S.	21 ▲(3)	21 ▼(5)	21 ▲(5)	15
CCF102	COMFAMILIAR CHOCO	22 ▼(4)	13 ▼(7)	25 ▼(2)	21
EPSS34	CAPITAL SALUD EPS	23 ▼(4)	23 ▼(6)	22 ▼(2)	22
ESS002	EMDISALUD E.S.S.	23 ▼(15)	19 ▼(16)	23 ▼(13)	23
EPS033	SALUDVIDA E.P.S. S.A.	25 ▼(9)	24 ▼(15)	24 ▼(10)	25
EPS003	CAFÉSALUD EPS	26 ▼(4)	26 ▼(14)	26 ▼(4)	26

Según resultados del Ranking de satisfacción EPS año 2018, realizado por la oficina de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, se ubicó a la EPS Comfasucre en el PRIMER PUESTO entre 26 EPS del régimen subsidiado a Nivel Nacional.

Por otra parte es importante resaltar que según el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Difusión de indicadores 2019 de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, COMFASUCRE EPS se ubica en el penúltimo lugar de las EPS donde los usuarios consideraron interponer una queja; Esto quiere decir que somos la segunda EPS a nivel nacional en recibir menos quejas de los afiliados.

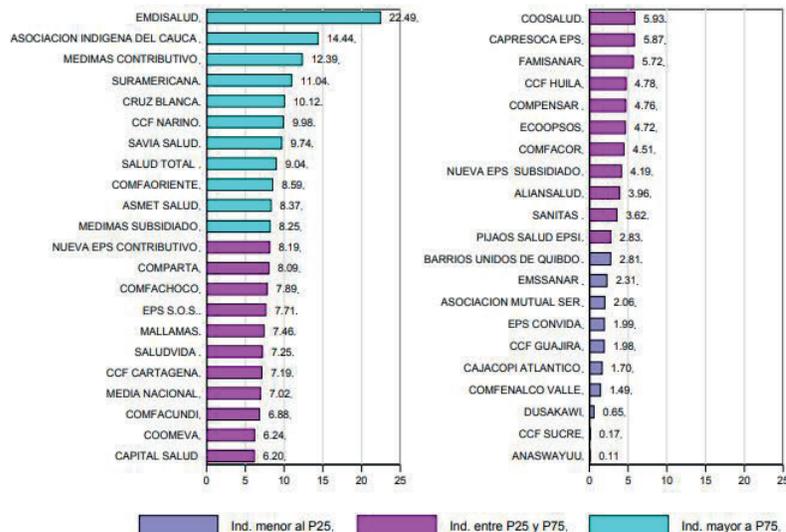


La salud es de todos

Minsalud

29 Experiencia de la atención

Satisfacción: Usuarios que han considerado colocar una queja



Fuente: Encuesta de Evaluación de las EPS 2018.

4 ACREDITACIÓN

La acreditación en salud es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional, utilizados voluntariamente para demostrar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud y operación de las entidades inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud .

Prestadores Acreditados en Colombia:

- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
- Centro Médico Imbanaco
- Centro Policlínico del Olaya
- Clínica Chía
- Clínica del Country
- Clínica del Occidente
- Clínica Foscal
- Clínica Juan N Corpas
- Clínica Nogales
- Clínica Reina Sofía
- Clínica Universidad de la Sabana
- Clínica Universitaria Bolivariana
- Clínica Universitaria Colombia
- Clínica Neuro-Cardio-Vascular DIME
- Clínica VIP
- Fundación Cardioinfantil
- Fundación Cardiovascular de Colombia - Instituto del Corazón
- Fundación Clínica Shaio
- Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia OMI
- Fundación San Vicente de Paul - Centros Especializados
- Fundación San Vicente de Paul -Hospital Universitario
- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Fundación Valle de Lili
- Hospital Civil de Ipiales
- Servicios especiales de salud - Hospital de Caldas
- Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE
- Hospital de San José -Sociedad Colombiana de Cirugía
- Hospital Infantil los Ángeles

- Hospital Infantil Universitario de San José
- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Hospital Pablo VI Bosa
- Hospital Susana López Valencia
- Hospital Universitario de la Samaritana
- Hospital Universitario Departamental de Nariño
- Hospital Universitario San Ignacio
- Instituto Roosevelt
- JaveSalud
- Laboratorio Clínico Ángel
- Laboratorio Clínico Continental
- Laboratorio Higuera Escalante
- Medicina Intensiva del Tolima UCI
- Red de Salud ESE Centro
- Servicios Especiales de Salud SES
- USS de la Subred Suroccidente ESE localidad Fontibón
- USS Nazareth San Juan de Sumapaz y Ecoterapia Subred Sur
- Virrey Solís -IPS

COMFASUCRE EPS, no tiene relación contractual con prestadores Acreditados, esto teniendo en cuenta nuestra ubicación geográfica, que es en el Departamento de Sucre, donde no existen IPS acreditadas. Igualmente las IPS acreditadas no contratan con las EPS, si no que exigen pagos anticipados para brindar los servicios. Sin embargo, cuando resulta necesario se garantizan servicios de salud con estas instituciones, como por ejemplo a Hospital Pablo Tobón Uribe, Fundación Cardiovascular de Colombia, Instituto Roosevelt, Fundación San Vicente de Paul.



5 COMPORTAMIENTO COMO PAGADOR DE SERVICIOS

Cumplimiento Condiciones Financieras y de Solvencia

En el Decreto 2702 de 2014, Decreto 780 de 2016, Decreto 2117 de 2016, se establece los plazos y tratamientos para el cumplimiento de las condiciones de la EPS, así mismo, el pasado 13 de septiembre de 2019, se expidió el Decreto 1682 de 2019, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual en su Artículo 1. Modifíquese el artículo 2.5.2.2.1.10 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

e) El valor cuentas radicadas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, el 1 de enero de 2018 y 31 de diciembre de 2019, cuyo resultado definitivo del proceso de verificación y control, no se tenga o no se hubiese notificado, siempre que no estén siendo utilizadas como garantía de otras obligaciones. Estas cuentas solo podrán ser computadas como respaldo de las reservas técnicas hasta que se haya notificado resultado definitivo del proceso de verificación y control, cuando este sea negativo, o, hasta el momento del pago cuando resultado sea positivo.

Artículo 3. Adiciónese el artículo 2.5.2.2.1.20 a la Sección 1 del Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

"Artículo 2.5.2.2.1.20. De la verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud. Hasta el 31 de diciembre de 2020, la Superintendencia Nacional de Salud, al verificar las condiciones de habilitación financieras y de solvencia de las EPS, descontará el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar asociadas a servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, que se encuentren registradas como tal en los estados financieros, de acuerdo con la política contable de cada EPS, vigente al 30 de junio de 2019, para la acreditación del capital mínimo y del capital primario.

La Superintendencia Nacional de Salud impartirá las instrucciones necesarias para la debida aplicación, medición y control."

En virtud del marco normativo referenciado anteriormente, COMFASUCRE dio aplicación a los conceptos establecidos en el mismo, para lo cual computo en el Régimen de Inversión de Reservas Técnicas, el valor de la radicación de los servicios No PBS, desde el 01 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2019, lo cual implica un mejoramiento sustancial de este indicador.

Para el caso en particular del deterioro de las cuentas por cobrar derivas de los servicios NO PBS, la entidad procede a restar el mismo del valor del gasto de la entidad, en el entendido que el deterioro incrementa el gasto y disminuye las cuentas por cobrar por este concepto, este proceso permite a la entidad mejorar el capital mínimo a corte Diciembre de 2019, cifra afectada por los resultados integrales del ejercicio.

El capital mínimo a corte diciembre de 2019 se ubicó en \$ -2.062 millones de pesos, tal y como lo muestra la tabla siguiente:

eficiente, a continuación se relacionan los resultados obtenidos a corte 31 de diciembre de 2018:

CAPITAL MÍNIMO	jun-15	12/1/2019 Dec 1683 de 2020
Capital Suscrito y Pagado, Aportes Sociales, Capital Fiscal	18,759,986	36,180,523
Capital Garantía	-	-
Reservas Patrimoniales	-	-
Reserva de protección de aportes	-	-
Superávit por Prima de Colocacion de Acciones	-	-
Títulos representativos de deuda subordinada	-	-
Utilidades No Distribuidas de Ejercicios Anteriores	-	-
Revalorización del Patrimonio	-	-
Fondo no susceptible de Repartición	-	-
Aportes Amortizados o Readquiridos	-	-
Fondo de Readquisición de Aportes	-	-
Pérdida Acumuladas de Ejercicios Anteriores	19,149,318	32,937,800
Pérdida de Ejercicio en Curso	5,715,611	5,305,145
TOTAL Capital Mínimo	(6,104,943)	(2,062,422)
CAPITAL MÍNIMO A ACREDITAR	10,111,000	12,265,000
CUMPLIMIENTO CAPITAL MÍNIMO	(16,215,943)	(14,327,422)
GLOSA (RES. 830/2017)		
IMPACTO POR CONVERGENCIA AL NUEVO MARCO NIIF		
CUMPLIMIENTO= CAPITAL MÍNIMO(+) IMPACTO POR		(11,314,912)
CAPITAL PRIMARIO	jun-15	dic-19
Capital Suscrito y Pagado	18,759,986	36,180,523
Capital Garantía	-	-
Dividendos Decretados en Acciones	-	-
Prima de Colocacion de Acciones	-	-
Participaciones decretadas en cuotas	-	-
Reserva Legal Constituida por Apropiación de Utilidades Líquidas / Reserva de protección de aportes (S)	-	-
Valor de las Utilidades no Distribuidas en Ejercicios Anteriores	-	-
Donaciones siempre que sean Irrevocables	-	-
Anticipos Destinados a Incrementar el Capital	-	-
Cualquier Instrumento Emitido, avalado o garan por el gob	-	-
Títulos representativos de deuda subordinada	-	-
Fondo no susceptible de Repartición	-	-
Aportes Amortizados o Readquiridos	-	-
Fondo de Readquisicion de Aportes	-	-
Pérdida Acumuladas de Ejercicios Anteriores	19,149,318	32,937,800
Pérdida de Ejercicio en Curso	5,715,611	5,305,145
Activos Intangibles	-	166,955
TOTAL Capital PRIMARIO	(6,104,943)	(2,229,377)

Sobre el particular es importante mencionar que la Caja de Compensación Familiar de Sucre (En adelante COMFASUCRE), a corte 31 de diciembre de 2019, el resultado es BUENO, de acuerdo a los porcentajes establecidos en el Estándar Fénix.

PATRIMONIO ADECUADO	jun-15	dic-19
INGRESOS OPERACIONALES-io	62,058,245	111,443,173
Unidad de pago por capitación - UPC	62,065,540	111,757,241
Unidad de pago para Actividades de Promoción y Prevenc	-	
Cuotas Moderadoras	-	
Copagos	1,882	712
Incapacidades	-	
Enfermedad de alto costo	(9,177)	(314,780)
Aporte del plan complementario	-	
8% Ingresos operacionales	4,964,660	8,915,454
COSTOS Y GASTOS - (C y G)	69,527,368	112,604,367
REASEGURO - (SR)	-	-
Total (C y G) menos (SR)	69,527,368	112,604,367
Relación entre Costos y Gastos y Siniestros Reconocidos por un Tercero Asegurador	1.0	1.0
TOTAL Patrimonio ADECUADO	4,964,660	8,915,454
PATRIMONIO TÉCNICO	(6,104,943)	(2,229,377)
Patrimonio Técnico >= Patrimonio Adecuado SUFICIENCIA PATRIMONIO TÉCNICO	(11,069,603)	(11,144,831)

El defecto Patrimonial de la entidad a corte 31 de diciembre de 2019, se ubicó en -\$11.144.831, el cual de acuerdo al estándar fénix es **BUENO**. Así mismo Se prevé acciones tendientes a mejorar el capital suscrito para la vigencia fiscal 2020, así como también mejorar los resultados integrales que permita minimizar el déficit acumulado y mejorar los indicadores actualmente establecidos.



6 SANCIONES

De acuerdo con la información que reposa en la Oficina Jurídica de la Caja de Compensación Familiar de Sucre, COMFASUCRE EPS durante el año 2019 tuvo una sanción debidamente ejecutoriada, impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud.

TIPO DE SANCIÓN	SIAD No	MOTIVO	ESTADO ACTUAL	SANCIONES
Sancionatorio Administrativo	2019-00480	Información inconsistente y carente de calidad, obstruyendo las labores de inspección, vigilancia y control y no entrega de información.	Se realizaron los descargos y alegatos de conclusión la superintendencia encuentra mérito para sancionar cuya sanción equivale a 75 SLMV, contra dicho acto administrativo se presentó recurso de reposición y apelación, sustentado las pruebas presentadas en dicho proceso	\$ 63.750.000,00



WWW.COMFASUCRE.COM.CO



Atención al afiliado: 279 9500 ext. 1076
marlyn.mejia@comfasucre.com.co

Afiliaciones: 279 9500 ext. 1055
diana.rodriguez@comfasucre.com.co