



PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA

*"UN GRUPO QUE VELA POR LA SALUD DE SU
FAMILIA"*



**CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS
AFILIADOS Y DE LOS PACIENTES EN EL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD Y CARTA DE
DESEMPEÑO**

VERSIÓN 12 ABRIL 2022

PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA



**CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS
AFILIADOS Y DE LOS PACIENTES EN EL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD Y CARTA DE DESEMPEÑO DE
PIJAOS SALUD E.P.S.I.**

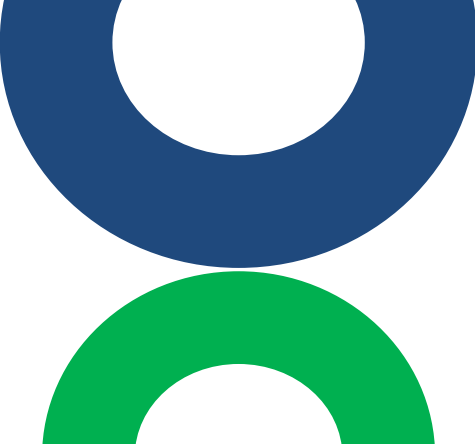


TABLA DE CONTENIDO

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DE LOS PACIENTES

1. CAPITULO INFORMACIÓN GENERAL.....	10
1.1 GLOSARIO.....	10
1.2 PLAN DE BENEFICIOS Y SUS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	14
1.3 INEXISTENCIA DE PERIODOS DE CARENCIA.....	17
1.4 SERVICIOS DE DEMANDA INDUCIDA.....	17
1.5 PAGOS MODERADORES.....	27
1.6 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	33
1.7 ATENCIÓN DE URGENCIAS.....	41
1.8 MECANISMOS DE ACCESO A SERVICIOS.....	48
1.9 SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS.....	50
1.10 TRANSPORTE Y ESTADÍA.....	50
1.11 MUERTE DIGNA.....	52
2. CAPITULO DE DERECHOS.....	52
2.1 ATENCIÓN MÉDICA ACCESIBLE, IDÓNEA, DE CALIDAD Y EFICAZ.....	52
2.2 PROTECCIÓN A LA DIGNIDAD HUMANA.....	53
2.3 A LA INFORMACIÓN.....	54
2.4 A LA AUTODETERMINACIÓN, CONSENTIMIENTO Y LIBRE ESCOGENCIA.....	55
2.5 A LA CONFIDENCIALIDAD.....	56
2.6 A LA ASISTENCIA RELIGIOSA.....	56
3. CAPÍTULO DE DEBERES.....	56
4. CAPÍTULO DE INSTITUCIONES Y RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS...	57

4.1 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE CONTACTO DISPONIBLES LAS 24 HORAS DURANTE LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA POR PARTE DE PIJAOS SALUD EPSI.....	57
4.2 GARANTÍA DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS AUTORIZADOS.....	58
4.3 ACUDIR A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD CUANDO SE PRESENTEN CONFLICTOS.....	58
4.4 LIBRE ELECCIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD Y TRASLADO DE EPS.....	58
4.5 ENTIDADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE LA EPS Y SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.....	60
4.6 ORGANIZACIONES DE CARÁCTER CIUDADANO Y COMUNITARIO PARA EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS Y MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EN LAS MISMAS...	61
4.7 USO DE MECANISMOS DE PROTECCIÓN.....	61
5. CAPITULO CONCERNIENTE AL DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE.....	62
5.1 GENERALIDADES.....	62
5.1.1 GLOSARIO.....	62
5.1.2 PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD.....	63
CAPÍTULO II DE LA ATENCIÓN Y TRÁMITE DE LA SOLICITUD DE EUTANASIA.....	64
CAPÍTULO III REPORTE DE LAS SOLICITUDES DE EJERCICIO DEL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD A TRAVÉS DE LA EUTANASIA	67
5.2 DERECHOS DEL PACIENTE EN LO CONCERNIENTE A MORIR DIGNAMENTE.....	68
5.3 DEBERES DEL PACIENTE EN LO CONCERNIENTE A MORIR DIGNAMENTE.....	70

CARTA DE DESEMPEÑO

1. INDICADORES DE CALIDAD DE LA EPS.....	71
2. INDICADORES DE CALIDAD DE LAS IPS QUE HACEN PARTE DE LA RED DE PIJAOS SALUD EPSI.....	72
3. POSICIÓN EN EL ORDENAMIENTO (RANKING).....	73
4. ACREDITACIÓN.....	74
5. COMPORTAMIENTO COMO PAGADOR DE SERVICIOS.....	75
6. SANCIONES.....	76



CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO

Para Pijaos Salud EPS-I es muy grato presentar a todos sus afiliados la herramienta informativa denominada Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente y Carta de Desempeño. En ella encontrará información importante de la entidad, los derechos y deberes que tiene usted como usuario del sistema de seguridad social, lista de IPS contratadas para la prestación de los servicios de salud, indicadores de calidad y demás aspectos relevantes sobre el funcionamiento de ésta su EPS indígena.

VISIÓN

Ser la mejor EPS INDÍGENA resolviendo con calidad las necesidades en salud de nuestras comunidades, contribuyendo al fortalecimiento de la identidad cultural con la construcción de un sistema de salud propio adecuado a las características socio culturales de sus afiliados.

MISIÓN

Construimos una EPS INDÍGENA con identidad propia, leal con su organización de base, contribuyendo a fortalecer y consolidar el proceso organizativo aportando al reconocimiento de un sistema de salud propio garantizando la prestación de los servicios de salud a los afiliados, mejorando su calidad, administrando los recursos con honestidad, e incorporando los avances tecnológicos apoyados en el talento humano para el logro de sus objetivos y metas.

OBJETIVOS

- Promover a Pijaos Salud EPS Indígena como la mejor opción en el manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Garantizar el acceso a servicios de medicina tradicional por parte de los usuarios que así lo deseen.
- Incrementar el número de afiliados proyectando extensión a otros departamentos o regiones.
- Desarrollar las herramientas de control de gestión de la entidad y de sus sistemas de información.
- Posicionar el tema de la salud y seguridad social indígena ante las instancias de decisión.
- Mostrar los logros alcanzados en términos de experiencia exitosa, como argumento favorable.
- Gestionar la capacitación de líderes en el manejo de la seguridad social en salud.
- Gestionar la capacitación de líderes para el ejercicio de la participación y la representación de los intereses de las bases.
- Capacitar las comunidades en la conservación, manejo y preservación de los recursos naturales para garantizar su seguridad alimentaria.



¿QUIÉNES SOMOS?

PIJAOS SALUD E.P.S.I., Es una entidad pública especial indígena que se dedica a la administración y gestión de los recursos de la seguridad social en salud, fomentando y promoviendo, la identidad, la solidaridad, participación y autonomía de las comunidades indígenas y demás afiliados no indígenas, así como el fortalecimiento de la organización y sus autoridades indígena en defensa y desarrollo de la institucionalidad y el gobierno indígena de Salud, fomento la medicina ancestral de los pueblos indígenas afiliados, de los derechos particulares en salud reconocidos por la ley, garantizar el acceso oportuno y la adecuación socio-cultural de los servicios de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud en todos los niveles, en general todas aquellas acciones que garanticen los derechos fundamentales de los pueblos indígenas para el mejoramiento de su calidad de vida y la seguridad social universal.

RESEÑA HISTÓRICA

A raíz de las luchas indígenas para lograr exigir soluciones y derechos en salud para que mejore la atención en salud de las comunidades indígenas Pijao del Tolima aprovechando la experiencia adquirida de su comité de salud y la expedición de la Ley 100 de 1993, los indígenas del CRIT Tolima se pusieron de acuerdo, gestionaron y concertaron un proyecto para crear su propia entidad administradora de salud, que permitiera gestionar y administrar los Recursos de la Seguridad Social en Salud especialmente en el Régimen Subsidiado, logrando la autorización de administrar recursos del régimen Subsidiado a partir de 1997 por parte de la Superintendencia Nacional De Salud, iniciando como empresa solidaria. Posteriormente, esta empresa solidaria en el año 2001 se transformó por acuerdo y mandato de los gobernadores y el CRIT en PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA como una entidad pública especial, regida por las disposiciones de los decretos 330 y 1088 de 1993, la ley 691 de 2001 y hoy su decreto reglamentario el decreto 1848 de 2017, con personería jurídica, con un patrimonio propio y autonomía administrativa, con una experiencia adquirida de más de 22 años de funcionamiento, operando además en los departamentos de Risaralda y Meta y con varias etnias indígenas afiliadas.

MEDICINA ANCESTRAL INDÍGENA

La Medicina Ancestral Indígena es uno de los propósitos más importantes de nuestra EPSI, porque hace parte de la cultura, de las prácticas y conocimientos milenarios que han permitido la permanencia y pervivencia de los pueblos indígenas, por lo tanto corresponde a la EPSI comprender, respetar, fortalecer y poner a disposición de nuestros afiliados aquellos principios, saberes, prácticas, secretos, cuidados, terapéuticas, tratamientos, medicamentos y demás conocimientos de la cultura médica indígena que prevengan, rehabiliten y curen todos aquellos desequilibrios, enfermedades o desarmonías físicas y espirituales, para la atención de aquellos pacientes y comunidades que así lo deseen o soliciten, respetando el contexto socio cultural y organizativo de cada comunidad, resguardo del pueblo indígena o persona afiliada respectivamente.



La Medicina Ancestral indígena tiene una función fundamental en nuestras formas de cuidado, mantenimiento, sanación y organización social para fortalecer la cultura, en la relación con la madre tierra para mantener el equilibrio y pervivencia de nuestro mundo social y espiritual. Son actores principales los médicos ancestrales (*hombres y mujeres, sabios y sabias*) que actúan como consejeros, visualizan el mundo, previenen y curan las enfermedades utilizando las plantas medicinales y otros insumos naturales, e invocando la ayuda de los dioses y los espíritus para quitar y curar las malas energías o desequilibrios físicos y mentales.

La Medicina Ancestral es base fundamental de los pueblos indígenas y el médico ancestral (*Chamán, Mohán, The Wala, Jaibaná, Paye*) otros como: sobanderos, pulseadores, parteras etc. Tienen una función fundamental, pues son los encargados de mantener el equilibrio entre el hombre y la madre naturaleza, con el compromiso de respetarla y pedirle su ayuda cuando se necesite.

Pijaos Salud EPS indígena, como entidad de las comunidades indígenas rescata, investiga promueve, fortalece, capacita, orienta y establece programas de orientación y atención a médicos indígenas, parteras, sobanderos, sus líderes e impulsando la escuela propia ancestral; respetando sus usos, costumbres y a la vez desarrollando con las organizaciones indígenas regionales, las IPS indígenas, para el cuidado y la atención a sus usuarios quienes escogen de manera voluntaria a cuál de las dos medicinas asistir, a la indígena o a la occidental.

**DERECHOS
ESPECÍFICOS DEL
AFILIADO DE PIJAOS
SALUD EPSI A LA
MEDICINA ANCESTRAL
INDÍGENA**

- Orientación y capacitación individual o colectiva.
- Consulta individual y colectiva.
- Brigadas: (*capacitación a la comunidad, ritual de inicio, consultas y entrega de medicamentos*).
- Rituales.
- Consejería según los usos y costumbres (*directa o espiritual*), individual o colectiva.
- Seguimiento a tratamiento de pacientes.
- Cuidados de la naturaleza y de los ciclos o momentos de vida a mujeres, niños y otros.
- Medicamentos naturales.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La participación social es un proceso dinámico en constante construcción que implica a todos los actores sociales, esta iniciativa busca que los usuarios sean partícipes del desarrollo y crecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Colombia y que está a su vez se vea constantemente apoyada y retroalimentada por ellos. En el sector salud, el Decreto 1757 de 1994 define los espacios de participación social a través de los cuales la sociedad civil y el Estado participan articuladamente en el desarrollo de programas, proyectos y servicios de salud, uno de ellos son las Asociaciones de Usuarios.

Pijaos Salud EPSI cuenta con asociaciones de usuarios conformadas en los municipios de influencia en los departamentos de Tolima, Risaralda y Meta, las cuales se reúnen mensualmente para capacitarse. Los integrantes de las mismas identifican problemas, necesidades, prioridades y formulan sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.

En cumplimiento de la Política de Participación Social en Salud Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, la EPSI creó su micrositio en la página web www.pijaossalud.com donde los usuarios podrán hacer seguimiento a las estrategias según cumplimiento de las actividades propuestas para el desarrollo del plan de acción accediendo al enlace <https://www.pijaossalud.com/asociacion-de-usuarios-3/>.

¿CUÁL ES SU OBJETIVO?

La Asociación de Usuarios de Pijaos Salud EPSI busca ser un mecanismo de participación en el que se agrupen los usuarios con el fin de velar por sus derechos y deberes y poder disfrutar de servicios de salud de buena calidad, con oportunidad y trato digno.

¿QUIÉNES PUEDEN HACER PARTE DE ELLA?

Los usuarios afiliados a Pijaos Salud EPSI mayores de edad pueden pertenecer a la Asociación de Usuarios del municipio al cual pertenezca.

¿QUÉ ES LA RENDICIÓN DE CUENTAS?

Es un espacio de interlocución entre los afiliados y la comunidad en general, y la EPS, en la cual ésta presenta su informe del año inmediatamente anterior, sobre la prestación de los servicios de Salud, manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y los logros obtenidos.

**¿DÓNDE SE
PUEDE
COMUNICAR
SI TIENE UNA
PETICIÓN,
QUEJA,
RECLAMO O
SUGERENCIA?**

Pijaos Salud EPS – I cuenta con los recursos necesarios para que las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de nuestros usuarios sean gestionados oportunamente garantizando de esta forma que todas las respuestas sean claras, concretas y respetuosas. Para la EPS - I es importante que los afiliados conozcan que pueden presentar solicitudes de forma verbal o escrita con el objetivo de manifestar su inconformidad a través de nuestros canales dispuestos para tal fin como son: oficinas del Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU, telefónicamente a través de la línea 018000186754 y (098) 2809090, por internet en la página web: www.pijaossalud.com, en los buzones de sugerencias ubicados en las oficinas municipales y en la red prestadora de servicios.

Cuando usted interponga su PQRS, debe tener conocimiento que el escrito o el relato debe incluir la identificación del afectado y el peticionario, dirección y números telefónicos, los motivos o razones en que se fundamente, relación de los documentos que se acompañan (si aplica) y la firma del peticionario si fuere el caso.

Las PQRS son recibidas en las oficinas del Sistema de Información y Atención al Usuario y las mismas serán respondidas por el Departamento del Sistema de Información y Atención al Usuario de Pijaos Salud EPS - I ubicado en Ibagué como sede principal. Asimismo, se le dará una respuesta dentro de 5 días hábiles para PQR, 2 días hábiles para las PQR marcadas como riesgo de vida y/o según el caso particular descritos en la Circular Externa 008 de 2018, Superintendencia Nacional de Salud.

Si la PQRS no es recibida por Pijaos Salud EPSI, sino por la Superintendencia Nacional de Salud, se dará respuesta por escrito al peticionario o quejoso. Esta respuesta se enviará a la Superintendencia Nacional de Salud con fotocopia de los documentos entregados al peticionario en caso que los hubiere.

La respuesta emitida por parte de la EPSI incluirá la fecha y se remitirá a la dirección registrada por el afiliado, su contenido será completo, claro, preciso y contendrá la aclaración de lo reclamado, así como los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios en caso de que se requiera.



CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DE LOS PACIENTES

**En Pijaos Salud EPSI queremos que nuestros
afiliados se informen adecuadamente y de esta
manera accedan a todos los beneficios.**

1. CAPITULO INFORMACIÓN GENERAL

SIGLAS

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

ARL: Administradora de Riesgos Laborales

CTC: Comité Técnico Científico

EPS: Entidad Promotora de Salud

EPSI: Entidad Promotora de Salud Indígena

FUNAT: Formato Único Nacional de Afiliación y Traslado

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

PBS: Plan de Beneficios en Salud (*antes POS*)

PyP: Programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

PAI: Plan Ampliado de Inmunización

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

UPC: Unidad de Pago por Capitación

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

MIPRES: Herramienta tecnológica diseñada para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios.

1.1 GLOSARIO

AFILIACIÓN: Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a la EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General Seguridad Social en Salud.

AFILIADO: La persona con o sin capacidad de pago (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura.

ALTA COMPLEJIDAD: Nivel mayor de dificultad de un procedimiento o servicio, que generalmente requiere de tecnología especial, gran preparación de quien lo ejecuta y puede en la mayoría de los casos ser de un costo mayor al promedio.

ATENCIÓN AMBULATORIA: La atención ambulatoria es la modalidad médica en la cual el paciente recibe los cuidados diagnóstico-terapéuticos en forma ambulatoria, es decir, sin pernoctaren una cama hospitalaria.

ATENCIÓN DE URGENCIAS: Se define como la prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una Institución Prestadora de Servicios De Salud, para la atención de usuarios que cumplan con las condiciones.

ATENCIÓN DOMICILIARIA: Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.

ATENCIÓN HOSPITALARIA: Modalidad de atención que requiere la internación del paciente según el criterio médico del profesional tratante.

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS: Todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencias consistentes en las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la estabilización de sus signos vitales.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS): Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la



prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

AUTOCUIDADO: El auto-cuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

BAJA COMPLEJIDAD: Servicios que usualmente corresponden al primer nivel de atención tales como intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica, consulta odontológica y servicios de ayuda diagnóstica básicos, entre otros.

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.

COBERTURA: Se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento.

CONSULTA PRIORITARIA: Un servicio especial que se presta en una Institución Prestadora de Salud, IPS, básica, a pacientes que presentan cuadros clínicos o condiciones que no se consideran urgencia.

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. No aplica para usuarios indígenas del régimen subsidiado.

COTIZACIÓN: corresponde al aporte que se hace el pensionado, trabajador (dependiente e independiente) y el aporte del empleador que corresponde al 12.5%. No aplica para usuarios indígenas del régimen subsidiado.

COPAGO: Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario. No aplica para usuarios indígenas del

régimen subsidiado.

CUOTAS MODERADORAS: Son los aportes en dinero que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que éstos demanden. No aplica para usuarios indígenas del régimen subsidiado.

DEMANDA INDUCIDA: 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 de control.

DIAGNÓSTICO INICIAL: Primer análisis que realiza el médico para determinar la situación o estado del paciente y detectar problemas o complicaciones.

ENFERMEDAD DE ALTO COSTO: Así se denominan las enfermedades o la atención que requieren unos pacientes en los que se implica la utilización de equipos, especialistas, medicamentos y tecnología especial, que son costosos y que tienen una baja ocurrencia.

ENFERMEDAD O PATOLOGÍA: Es un proceso y estado que resulta de una afección de cualquier ser vivo y está caracterizado por una alteración en el estado de salud.

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

LIBRE ESCOGENCIA DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD: Se entenderá como derecho a la libre escogencia, de acuerdo con la Ley, la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan de Beneficios en Salud.

LIBRE ESCOGENCIA DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan de Beneficios de Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de

prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional 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.

MOVILIDAD: Es el derecho que tienen los afiliados al régimen subsidiado y régimen contributivo focalizado en los niveles I y II y/o población especial de moverse de un régimen a otro en la misma EPS, sin que exista interrupción en la afiliación.

NIVEL I DE SERVICIOS: La consulta de nivel I hace referencia a actividades de consulta médica general, atención inicial de urgencias, atención odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica, medicamentos esenciales, citología y acciones de promoción, prevención y control.

NIVEL II DE SERVICIOS: Atención ambulatoria especializada es la atención médica, no quirúrgica, no procedimental y no intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud.

NIVEL III DE SERVICIOS: Hace referencia a la atención en servicios de algún grado de complejidad, en el que se incluyen servicios de hospitalización, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, exámenes especiales y anatomía patológica.

NIVEL IV DE SERVICIOS: Hace referencia a niveles de manejo de alta complejidad como lo es oncología (o tratamientos contra el cáncer), trasplante renal, diálisis, neurocirugía. Sistema nervioso, cirugía cardíaca, reemplazos articulares, manejo del gran quemado, manejo del trauma mayor, manejo de pacientes infectados por VIH, quimioterapia y radioterapia para el cáncer. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas.

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

PARTICIPACIÓN CIUDADANA: Es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud. Los espacios pueden ser en las reuniones de cabildos y de gobernadores.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participaren las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD: Es el conjunto de servicios en salud al que tiene derecho los afiliados a PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA incluye actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos o tecnologías establecidas en la normatividad -

PLANILLA INTEGRADA DE PAGO DE APORTES: 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: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a los individuos y/o a las familias, cuya finalidad es actuar sobre factores de riesgo que generan la aparición de enfermedades en las personas, en las familias o en la comunidad.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Son los servicios médicos, prestaciones de salud y medicamentos de carácter educativo e informativo, individual, familiar o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables.

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 de afiliación o de aquél donde habitualmente recibe los servicios médicos,

en el marco de las reglas previstas en el Decreto 1683 de 2013.

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. No aplica para usuarios indígenas del régimen subsidiado.

RÉGIMEN SUBSIDIADO: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad de Seguridad social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad.

SEGURIDAD SOCIAL: Es un servicio público esencial y obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas en las leyes que regulan la materia.

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban la salud y la capacidad económica.

SUBSIDIO A LA OFERTA: Son los recursos disponibles por parte de la Secretaría de Salud Departamental para atender aquellas enfermedades que no son cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, es decir que no corresponden a la E.P.S.

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

TRASLADO: Es el derecho que tienen los afiliados para cambiarse a otra Entidad Promotora de Salud, una vez se cumpla con el período mínimo de permanencia exigido o se configuren las causales definidas para tal fin por las disposiciones legales vigentes.

TRIAGE: Es el 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 de aquellas que puedan tomar un poco tiempo más en espera.

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

VINCULADOS: Población que no se encuentra afiliada a ninguno de los regímenes de seguridad social en salud existentes.



1.2 PLAN DE BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

A partir de la expedición de la ley 1751 de 2015 el afiliado tiene derecho a todos los servicios y tecnologías que a juicio del médico tratante requiera, esto, incluyendo las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios y aquellos que sin ser financiados con recursos de la UPC no han sido excluidos.

El Plan de Beneficios con Cargo a la UPC cubre los servicios de salud contemplados en la Resolución 2292 de 2021, con un enfoque integral en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y la paliación de la enfermedad en los afiliados de cualquier edad.

Los servicios a los cuales tienen derecho los afiliados a Pijaos Salud EPS indígena según el plan de beneficios de salud son los siguientes:

1. Acciones para la Recuperación de la Salud.

ATENCIÓN URGENCIAS:

La atención inicial de urgencias debe ser garantizada por todas la IPS públicas o privadas en cualquier parte del territorio nacional, sin importar si existe o no contrato vigente con la EPSI y sin necesidad de tener autorización por parte de la EPSI.

ATENCIÓN AMBULATORIA:

Se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente.

ATENCIÓN HOSPITALARIA:

Es la prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud (IPS).

ATENCIÓN DOMICILIARIA:

Es una atención que se da como alternativa a la atención hospitalaria institucional, está cubierta en los casos en que el profesional tratante lo considere pertinente, bajo las normas de calidad vigentes. Ésta cobertura está dada solo para el ámbito de la salud y no cubre recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como el caso de los cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de la salud.

ATENCIÓN INTEGRAL EN EL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO:

Es la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las tecnologías en salud, de manera ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, el bebé o la supervivencia del recién nacido.

PROCEDIMIENTOS:

LABORATORIO CLÍNICO: Todos los procedimientos de laboratorio clínico que están indicados en el Anexo 3 de la Resolución 2292 de 2021.

PROCEDIMIENTOS GENERALES: Todos los procedimientos en salud que están indicados en el Anexo 2 de la Resolución 2292 de 2021.

ANALGESIA, ANESTESIA Y SEDACIÓN: Cuando se requieran para la realización de servicios de salud cubiertos por el plan de beneficios.

TRASPLANTES DE ÓRGANOS: Están cubiertos los trasplantes de riñón, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, córnea y los demás contemplados en el anexo No. 2 de la Resolución 2292 de 2021.

SUMINISTRO DE SANGRE Y DERIVADOS DE LA SANGRE:

Los servicios incluyen todos los productos de banco de sangre listados en los Anexos 1 y 2 de la Resolución 2292 de 2021.

ATENCIÓN EN SALUD ORAL PRÓTESIS DENTALES: El plan de beneficios en salud cubre los tratamientos de periodoncia, endodoncia, ortodoncia, las prótesis dentales, así como todos los procedimientos descritos en el Anexo 2 de la Resolución 2292 de 2021, siempre y cuando no tengan una finalidad principal cosmética o suntuaria.

TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS REINTERVENCIONES

Se cubren los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC": que hace parte integral de la Resolución 2292 de 2021 se financian con recursos de la UPC, en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

MEDICAMENTOS.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS: La EPS-I garantiza el suministro de los medicamentos incluidos en el anexo 01 de la Resolución 2292 de 2021 o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

RADIOFÁRMACOS, MEDIOS DE CONTRASTE, MEDIOS DIAGNOSTICOS Y DILUYENTES: Estos medicamentos se consideran financiados con recursos de la UPC, cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear, contenidos en dicha financiación, tanto en diagnóstico, como en tratamiento y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos.

SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICIÓN:

Las coberturas de sustancias nutricionales en el Plan de beneficios con cargo a la UPC son las siguientes:

- Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral o parenteral.
- Medicamentos parenterales en cualquier concentración, descritos en el Anexo 01 de la Resolución 2292 de 2021, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.
- La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad, que son hijos de madres con diagnóstico VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante.
- Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS, para personas menores entre seis (06) y veinticuatro (24) meses de edad.

DISPOSITIVOS.

DISPOSITIVOS MÉDICOS: Se cubren insumos, suministros y materiales, en general los dispositivos médicos o quirúrgicos necesarios e insustituibles para realización de las tecnologías en salud cubiertas en el plan de beneficios con cargo a la UPC.

LENTES EXTERNOS

En el Plan de beneficios con cargo a la UPC se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato), en las siguientes condiciones:

1) En Régimen Contributivo:

Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años o menos y una vez cada cinco

(5) años en los mayores de doce (12) años, según la prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura. El valor de la montura corre a cargo del usuario.

2) Régimen Subsidiado:

- a) Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años, se cubren una vez al año, según la prescripción médica o de optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.
- b) Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años se cubren los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado, el valor de la montura debe ser asumido por el usuario.

AYUDAS TÉCNICAS.

En el Plan de Beneficios se encuentran cubiertas las siguientes ayudas técnicas:

- a) Prótesis ortopédicas internas para los procedimientos quirúrgicos incluidos en el plan de beneficios.
- b) Prótesis ortopédicas externas para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
- c) Prótesis de otros tipos para los procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros).
- d) Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).
- e) Están cubiertas únicamente las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

SALUD MENTAL

- Atención de urgencias en salud mental.
- Psicoterapia ambulatoria para la población general.
- Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia.
- Atención con internación en salud mental para población general, incluyendo pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, dentro del ámbito de la salud y para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica.

ATENCIÓN PALIATIVA.

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los cuidados paliativos en la atención ambulatoria, la atención con internación o la atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida.

EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO.

Entiéndase como de alto costo para efectos del no cobro de copago, los siguientes eventos y servicios:

- a) Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea.
- b) Atención de insuficiencia renal aguda o crónica.
- c) Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
- d) Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
- e) Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo.
- f) Reemplazos articulares.
- g) Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.
- h) Manejo del trauma mayor.
- i) Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.
- j) Atención integral de pacientes con Cáncer.
- k) Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
- l) Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

COBERTURA ESPECIAL PARA POBLACIÓN INDÍGENA

Para Pijaos Salud EPS-I es motivo de orgullo y satisfacción ofrecer a los usuarios pertenecientes a comunidades indígenas los servicios diferenciales con los cuales se busca fortalecer la identidad cultural de los pueblos indígenas como Pijaos, Embera, Sikuani, Salivas, Piapocos, Jiw y Nasa para preservarla a través del tiempo.

Los servicios diferenciales son:

ACTIVIDADES DE MEDICINA ANCESTRAL INDÍGENA

- a) Actividades preventivas: Capacitación a las comunidades sobre actividades preventivas con enfoque cultural.
- b) Consulta con Médico Ancestral.
- c) según la necesidad del usuario.
- d) Capacitación a Médicos Ancestrales y parteras.
- e) Guías bilingües

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS

El Ministerio de Salud y Protección Social atendiendo a lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, excluye de la financiación con los recursos públicos asignados a la salud los servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

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

experimentación

- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 2273 de 2021, Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud para la vigencia 2022, el Ministerio de salud definió una lista de 97 exclusiones en salud que no pueden ser financiadas con recursos públicos.

La resolución 2273 de 2021 viene con un anexo técnico que describe el servicio o la tecnología excluida, y la enfermedad o condición asociada a la exclusión. Para conocer los servicios y tecnologías en detalle que a la fecha han sido consideradas como exclusiones puede ampliar información a través del siguiente link: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202273%20de%202021.pdf

1.3 INEXISTENCIA DE PERIODOS DE CARENCIA

Para Pijaos Salud EPSI, no existen periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo señalado en el párrafo transitorio del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, así como tampoco habrá restricciones en los servicios por traslado de EPS.

1.4 SERVICIOS DE LA DEMANDA INDUCIDA PARA ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA

¿Cómo accede el usuario a los Programas de Promoción y Prevención en Salud?

De acuerdo a su edad y sexo puede identificar las actividades de promoción y prevención a las cuales tiene derecho. A continuación, se relacionan los diferentes programas que le permitirán identificar a cuáles deberá asistir, en su IPS asignada:

RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACION MATERNO PERINATAL SEGÚN RESOLUCIÓN 3280 DE 2018

Vacunación Según El Esquema Del Programa Ampliado De Inmunizaciones PAI.

Este es el esquema de vacunación que deben completar todos nuestros afiliados menores de 5 años, mujeres en edad fértil (15 a 49 años), embarazadas y adulto mayor:

EDAD	VACUNA	DOSIS	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
Recién nacido	Tuberculosis (BCG)	Única	Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B	De recién nacido	Hepatitis B
A los 2 meses	PENTAVA-LENTE Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT) <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) Hepatitis B	Primera	Difteria - Tos ferina - Tétanos
			Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
			Hepatitis B
	Polio	Primera	Poliomielitis
	Rotavirus	Primera	Diarrea por Rotavirus
	Neumococo	Primera	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
A los 4 meses	PENTAVA-LENTE Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT) <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) Hepatitis B	Segunda	Difteria - Tos ferina - Tétanos
			Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
			Hepatitis B
	Polio	Segunda	Poliomielitis
	Rotavirus	Segunda	Diarrea por Rotavirus
	Neumococo	Segunda	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
A los 6 meses	PENTAVA-LENTE Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT) <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) Hepatitis B	Tercera	Difteria - Tos ferina - Tétanos
			Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
			Hepatitis B
	Polio	Tercera	Poliomielitis
	Influenza estacional	Primera	Enfermedad respiratoria

			causada por el virus de la influenza
A los 7 meses	Influenza estacional*	Segunda	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 12 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Única	Sarampión - Rubeola - Paperas
	Varicela	Única	Varicela
	Neumococo	Refuerzo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
	Hepatitis A	Única	Hepatitis A
A los 18 meses	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Primer refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio	Primer refuerzo	Poliomielitis
	Fiebre amarilla (FA)	Única	Fiebre amarilla
A los 5 años	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio	Segundo refuerzo	Poliomielitis
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Refuerzo	Sarampión - Rubeola - Paperas
Niñas 9 a 17 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera: Fecha elegida	Cáncer de cuello uterino
		Segunda: 6 meses después de la primera dosis	
Mujeres en edad fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxoide tetánico y diftérico del adulto (Td)**	5 dosis: Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de Td2 Td4: al año de la Td3 Td5: al año de la Td4 Refuerzo: cada diez años	Difteria - Tétanos - Tétanos neonatal
Gestantes	Influenza estacional	Una dosis a partir de la semana 14 de gestación	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Tdap (Tétanos - Difteria - Tos ferina Acelular)	Dosis única a partir de la semana 26 de gestación en cada embarazo	Tétanos neonatal - Difteria - Tos ferina al recién nacido

Adultos mayores de 60 años	Influenza estacional	única	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
-----------------------------------	----------------------	-------	--

Vacunación COVID-19

La Resolución 1866 del 2021 de Ministerio de Salud y Protección Social establece que las poblaciones podrán acceder a una dosis de refuerzo con un biológico homólogo (cuando el esquema inicial usado fue virus inactivado, vector viral o ARNm), o con un biológico heterólogo con plataforma ARNm o de vector viral (AstraZeneca) (cuando el esquema inicial fue vector de plataforma ARNm, vector viral o virus inactivado), de acuerdo con la siguiente tabla:



Lo anterior quiere decir que:

Para Pfizer y Moderna: la tercera dosis que pueden recibir es de estas mismas o de AstraZeneca.

Para AstraZeneca: la tercera dosis puede ser de esta misma o de Pfizer o Moderna.

Para Janssen: (primer esquema de Janssen es monodosis), puede recibir como refuerzo esta misma, Pfizer, Moderna o AstraZeneca.

Para Sinovac: la tercera dosis puede ser de esta misma, de Pfizer, Moderna o AstraZeneca.

ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL

- Control y remoción de placa bacteriana: a partir del año de edad hasta los 17 años se realiza dos veces al año y a personas mayores de 18 años una vez al año.
- Aplicación de Flúor: Se aplica dos veces al año a personas entre 1 y 17 años.
- Aplicación de sellantes: Esta actividad se realiza a las personas entre los 3 y 15 años según la necesidad del usuario.
- Detartraje Supragingival: Esta actividad se realiza a las personas mayores de 12 años según necesidad del usuario.

ATENCIÓN DEL PARTO, POSPARTO Y DEL RECIÉN NACIDO



Todas nuestras afiliadas que vayan a dar a luz, tienen el derecho a la atención institucional del parto (sea parto normal o cesárea). Y posteriormente, de tener una cita de control postparto y del recién nacido de los 3 a los 5 días posteriores al parto.

ATENCIÓN EN

PLANIFICACIÓN

FAMILIAR EN

HOMBRES Y

MUJERES

Se realiza asesoría y consejería en métodos anticonceptivos por parte del médico o la enfermera; los controles se programan de acuerdo al método elegido.



Periodicidad de los controles según método anticonceptivo

METODO	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia	A los tres meses posparto
Hormonales	A los tres meses y luego cada año
Implante Sub dérmico	Al mes, a los tres meses y luego cada año
DIU de Intervalo	Al mes, seis meses y luego cada año
DIU Intracésarea o Postparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año
DIU Posaborto:	Al mes, tres meses y luego cada año
Esterilización quirúrgica masculina: (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses con recuento espermático. Posteriormente cada año por 2 años,
Esterilización quirúrgica femenina	A la semana postquirúrgico y al año

Nota: Se recomiendan estos intervalos, pero las visitas de control podrán realizarse según la usuaria o cuando el profesional de salud lo estime conveniente, y en esta se debe hacer una valoración de la satisfacción con el método, efectos secundarios y su manejo.

Fuente: World Health Organization Criterios de Elegibilidad OMS 2015 y Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Igualmente, las usuarias tienen derecho a la anticoncepción de emergencia en los siguientes casos:

- Violación: Evento denunciado ante la autoridad competente.
- Relación Sexual sin protección; en este caso se le debe garantizar el acceso al uso de un método de planificación familiar temporal regular que se adapte a sus necesidades.

VALORACIONES INTEGRALES



PRIMERA INFANCIA INFANCIA ADOLESCENCIA JUVENTUD ADULTEZ VEJEZ

MOMENTOS DEL CURSO DE VIDA

VALORACIÓN INTEGRAL PARA LA PRIMERA INFANCIA (NIÑOS Y NIÑAS DESDE LOS 7 DÍAS HASTA LOS 5 AÑOS)

Valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas; en lo que se incluye la valoración por médico general y enfermera, tal como se muestra a continuación:

ATENCIONES EN SALUD PARA LA PRIMERA INFANCIA	
1 mes	Médico general, Pediatría
4 meses a 5 meses	
12 meses a 18 meses	
24 meses a 29 meses	
3 años	
5 años	
2 meses a 3 meses	Enfermería
6 meses a 8 meses	
9 meses a 11 meses	
18 meses a 23 meses	
30 meses a 35 meses	
4 años	

VALORACIÓN INTEGRAL PARA LA INFANCIA (NIÑOS Y NIÑAS DESDE LOS 6 A LOS 11 AÑOS)

Este Programa está dirigido a todas las niñas y los niños entre los 6 y 11 años, el programa incluye la realización de consultas por médico y enfermería según la edad, así como se evidencia a continuación:

ATENCIONES EN SALUD PARA LA INFANCIA	
6 años	Médico general, Pediatría
8 años	
10 años	
7 años	Enfermería
9 años	
11 años	

VALORACIÓN INTEGRAL PARA LA ADOLESCENCIA (DE 12 A 17 AÑOS)

Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los adolescentes, con realización de exámenes correspondientes por médico general y enfermería de la siguiente manera:

ATENCIONES EN SALUD PARA LA ADOLESCENCIA	
12 años	Médico general
14 años	
16 años	
13 años	Enfermería
15 años	
17 años	

VALORACIÓN INTEGRAL PARA LA JUVENTUD (DE 18 A 28 AÑOS)

Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno, con la valoración por médico general, tamización para enfermedades de interés en salud pública.

ATENCIONES EN SALUD PARA LA JUVENTUD	
18 años a 23 años	Médico general
24 años a 28 años	

VALORACIÓN INTEGRAL PARA LA ADULTEZ (DE 29 A 59 AÑOS)

ATENCIONES EN SALUD PARA LA ADULTEZ	
29 años a 34 años (una vez)	Médico general
35 años a 39 años (una vez)	
40 años a 44 años (una vez)	
45 años a 49 años (una vez)	
50 años a 52 años (una vez)	
53 años a 55 años (una vez)	
56 años a 59 años (una vez)	

Todos los usuarios a partir de los 29 años deben realizar consulta médica con el fin de detectar de forma temprana enfermedades crónicas.

VALORACIÓN INTEGRAL PARA LA VEJEZ (MAYORES DE 60 AÑOS).

Valorar de manera integral la salud de la persona mayor incluyendo la identificación de los principales cambios morfológicos y fisiológicos de la vejez.

ATENCIÓNES EN SALUD PARA LA VEJEZ	
60 años a 62 años	Médico general (una vez cada 3 años)
63 años a 65 años	
66 años a 68 años	
69 años a 71 años	
72 años a 74 años	
75 años a 79 años	
Mayores de 80 años	

ATENCIÓN MATERNO PERINATAL: (ATENCIÓN DESDE LA PRECONCEPCIÓN, EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO).

Toda mujer con ausencia de la menstruación y que sospeche que está embarazada, debe acudir a la IPS y solicitar la prueba de embarazo; si se confirma embarazo, los controles se realizarán así:

- Para la mujer nulípara (sin antecedente de parto) son mínimo 10 controles prenatales y para la mujer multípara son mínimo 7 controles prenatales.
- La consulta de control es mensual hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta la semana 40.
- Toda gestante tiene derecho a una valoración por nutrición durante el embarazo, realización de exámenes de laboratorio, ecografías obstétricas, vacunación, valoración por odontología, valoración por especialista (si hay una condición de riesgo), entrega de ácido fólico, sulfato ferroso y calcio.



Logremos que el embarazo, parto y nacimiento del bebé sean en las mejores condiciones. No olvide aplicar las vacunas ordenadas durante el embarazo

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, O TOMA DE LA CITOLOGÍA

Se realiza toma de citología cérvicouterina a las MUJERES de 25 a 29 años de edad en esquema (1-3-3) es decir se toma la citología inicialmente si el resultado es normal, se toma la segunda a los tres años, si esta también es normal, la tercera a los tres años de la segunda; pero si el resultado es anormal debe pasar a consulta médica para decidir la conducta de acuerdo a cada caso en particular.

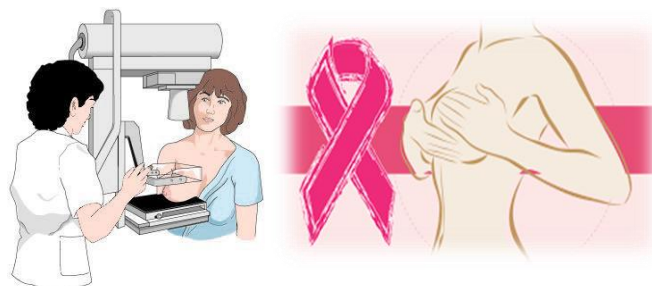
Se realiza pruebas ADN VPH en MUJERES entre 30 y 65 años, en esquema 1-5-5, es decir se toma prueba e inicialmente si el resultado es normal, se toma la segunda a los cinco años, si esta también es normal, la tercera a los cinco años de la segunda; pero si el resultado es anormal debe pasar a consulta médica para decidir la conducta de acuerdo a cada caso en particular.

Se realiza Técnicas de Inspección Visual (VIA VILI) en mujeres entre 30 y 50 años, exclusivamente a las residentes en áreas de población dispersa y con difícil acceso a los servicios de salud, siguiendo el esquema 1-3-3, ante resultados negativos; pero si el resultado es anormal debe pasar a consulta médica para decidir la conducta.

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA - SENO

Todas las mujeres a partir de los 20 años deben recibir educación sobre auto examen de mama por parte del médico o enfermera profesional, debe realizarse el auto examen cada mes y acudir al médico en caso de encontrar alguna irregularidad.

Además, se les debe realizar el examen clínico de la mama a las mujeres a partir de los 40 años cada año y la toma de mamografía a toda mujer entre los 50 hasta los 69 años cada 2 años.



DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Todo hombre entre los 50 a 75 años se le debe realizar el examen clínico o tacto rectal y la solicitud del antígeno prostático (examen de laboratorio), una vez cada cinco años; para la detectar el cáncer de próstata tempranamente y así gestionar la remisión al especialista según los hallazgos.

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO

Todos los Hombres y mujeres entre 50 años y 75 años se les deben realizar estadios tempranos para la Detección del cáncer de colon y recto a través de la realización del test de sangre oculta en materia fecal (3 muestras en días diferentes) cada dos años o colonoscopia según disponibilidad cada diez años.



DETECCIÓN ALTERACIONES VISUALES

La toma de la agudeza visual se realiza durante las consultas con médico general en cada uno de los cursos de vida a partir de los 3 años (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez).



ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Se deben identificar oportunamente las siguientes enfermedades para garantizar un tratamiento oportuno y así evitar las complicaciones que cada una pueda generar.

- ❖ Bajo peso al nacer.
- ❖ Alteraciones asociadas a la nutrición (desnutrición aguda y obesidad).
- ❖ Infección respiratoria aguda - IRA (menores de cinco años).
 - IRA alta: Otitis media, faringitis estreptocócica, laringotraqueitis.
 - IRA baja: Bronconeumonía, bronquiolitis y neumonía.
- ❖ Enfermedad diarreica aguda / cólera.
- ❖ Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar
- ❖ Meningitis meningococcica.
- ❖ Asma bronquial.
- ❖ Síndrome convulsivo.
- ❖ Fiebre Reumática.
- ❖ Enfermedades de Transmisión sexual (infección gonocócica, sífilis y VIH).
- ❖ Hipertensión Arterial.
- ❖ Cáncer
- ❖ Violencia de género (Violencia física, Violencia psicológica, violencia contra el menor, abuso sexual, violación).
- ❖ Diabetes juvenil y del adulto.
- ❖ Lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino.
- ❖ Lepra.
- ❖ Malaria.
- ❖ Dengue, chikungunya y zika.
- ❖ Leishmaniasis cutánea y visceral.
- ❖ Fiebre Amarilla.
- ❖ Infección respiratoria aguda por virus nuevo – COVID-19
- ❖ Leucemia mieloide y linfocítica
- ❖ Intoxicaciones
- ❖ Intento de suicidio.



Dentro de las actividades que realizamos para que nuestros usuarios utilicen los servicios de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, están las siguientes:

- La contratación de una red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

que garantice la prestación de todas las acciones contempladas en los programas.

- Visita domiciliaria a cargo del promotor de salud o agente educativo en cada uno de los municipios de influencia de PIJAOS SALUD EPS-I; en esta visita se direcciona a las personas para que asistan a los programas de Promoción y Prevención de acuerdo con su edad y sexo.
- Actividades extramurales por parte de las IPS contratadas.
- Entrega de material educativo, en donde se ilustran los programas de protección específica y detección temprana.
- Charlas educativas en las reuniones de la asociación de usuarios y reuniones de los cabildos indígenas.
- Creación de grupos sociales de apoyo en las IPS como el club de hipertensos y diabéticos y el curso de Preparación para la Maternidad y la Paternidad.
- Contamos con mecanismos de consulta de los programas de protección específica y detección temprana como la página web www.pijaossalud.com y la línea gratuita nacional 018000186754.

Contamos con material informativo de programas de protección específica y detección temprana en la página web www.pijaossalud.com.

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL:



Según la ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones, se tiene los siguientes derechos:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo

humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la Ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

DERECHOS DE LAS PERSONAS CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD:

DERECHOS

1. A gozar de un buen estado de salud física y mental.
2. A recibir servicios en salud física y mental de acuerdo con su discapacidad, sin discriminación y en igualdad de condiciones que las demás personas, procurando una atención oportuna y de calidad.
3. A recibir asistencia terapéutica de manera oportuna, personalizada, humanizada, integral, basada en el rigor científico y en el uso de la tecnología disponible.
4. A una pronta detección, atención y rehabilitación integral de su discapacidad, previniendo y reduciendo al máximo el deterioro de su funcionalidad y la aparición de nuevas discapacidades.
5. A recibir información clara, oportuna y accesible sobre los trámites administrativos y la documentación necesaria para la prestación de los servicios en salud por parte de la institución.
6. A recibir un trato digno, amable y respetuoso por parte de los profesionales y funcionarios de la institución.
7. A recibir información clara, oportuna y accesible acerca de los objetivos, procedimientos, implicaciones, riesgos y pronóstico de la atención terapéutica y en salud a recibir en la institución.
8. A recibir una adecuada orientación acerca del rol que desempeña el usuario y su familia como protagonistas del proceso de atención en salud, siendo informados de forma clara y accesible sobre las recomendaciones y el manejo del tratamiento en casa.
9. A contar dentro de la institución con espacios accesibles de acuerdo a la condición de discapacidad de cada usuario, facilitando así su movilidad.
10. A alcanzar y mantener el mayor nivel de autonomía y movilidad posible a través de procesos integrales de habilitación y rehabilitación en salud.
11. A contar con un entorno que les procure bienestar e independencia para desarrollar sus capacidades de manera digna e integral.
12. A la libre asociación para la defensa de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes.
13. A participar activamente en la asociación de usuarios de la institución.

DEBERES

1. Procurar el cuidado de su salud y la de su comunidad, promoviendo al máximo sus capacidades prácticas que conduzcan a su independencia y autocuidado, entendiendo este último como un conjunto de acciones seguras que propician un estilo de vida saludable.
2. A asistir de forma cumplida y puntual a las sesiones y encuentros programados dentro del plan de intervención formulado por los profesionales para la habilitación y rehabilitación frente a su discapacidad o requerimiento.
3. A poner en práctica las recomendaciones formuladas por los profesionales en salud y personal administrativo de la institución, facilitando así el proceso de atención en salud.
4. A coparticipar junto a su familia en el proceso de atención en salud adelantado en la institución, procurando al máximo de sus capacidades, suministrar información veraz y adoptar una buena disposición durante el desarrollo de las intervenciones.
5. A dar cumplimiento a los planes caseros y recomendaciones formuladas por los profesionales en salud, al inicio, durante y al finalizar el proceso de atención en salud (habilitación y rehabilitación).
6. A tratar con dignidad y respeto al equipo profesional y funcionarios de la institución, procurando formas de comunicación basadas en la honestidad y asertividad.

7. A cuidar y hacer buen uso durante la prestación de los servicios en salud de los recursos, instalaciones y dotaciones de la institución.
8. A respetar la intimidad del proceso de atención e historia de vida de los demás usuarios de la institución.

DERECHOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA TUBERCULOSIS

1. **Derecho a la vida.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene el derecho inherente a la vida.
2. **Derecho a la dignidad.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a ser tratada con dignidad y respeto.
3. **Derecho al máximo nivel alcanzable de salud física y mental** (derecho a la salud). Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a disfrutar del máximo nivel alcanzable de salud física y mental.
4. **Derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a no ser torturado y sujeto a otros tratos o penas o castigos crueles, inhumanos o degradantes.
5. **Derecho a la igualdad y a no ser Objeto de discriminación.** Toda persona afectada por la tuberculosis es igual ante la ley y tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual protección de la ley y a no ser objeto de cualquier tipo de discriminación por ningún motivo. Tales como edad, nacimiento, color, cultura, condición de ciudadanía, discapacidad, origen étnico, situación económica, identidad de género, idioma, condición jurídica, opinión política o de cualquier otra índole, presencia de otras enfermedades, origen nacional o social, raza, religión, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.
6. **Derecho a la libertad y seguridad de la persona.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a la libertad y la seguridad. Ninguna persona con tuberculosis será privada de su libertad, salvo por los motivos previstos en y de conformidad con el procedimiento establecido por la ley. Toda persona afectada por la tuberculosis privada de su libertad debe ser tratada humanamente y con el debido respeto a su dignidad inherente.

7. **Libertad de movimiento.** Toda persona afectada por la tuberculosis que esté legalmente dentro del territorio de un Estado tiene derecho a libertad de movimiento y a libertad de elegir su residencia. Toda persona afectada por la tuberculosis tiene la libertad de salir de cualquier país, incluido el suyo. Los derechos mencionados anteriormente no pueden estar sujetos a ninguna restricción, excepto aquellas que están previstas en la ley, y sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud pública o la moral o los derechos y libertades de los demás, y sean consistentes con los derechos reconocidos en tratados internacionales de derechos humanos, incluyendo el derecho a la libertad y seguridad de la persona.
8. **Derecho a la privacidad y a la vida familiar.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a no estar sujeta a intromisiones arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, domicilio o correspondencia, ni a ataques ilegales contra su honor y reputación. Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a la protección de la ley contra tales intromisiones o ataques.
9. **Derecho de confidencialidad.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a la confidencialidad en su información y datos personales de salud.
10. **Derecho de información.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a buscar, recibir y aportar información.
11. **Derecho al consentimiento informado.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho al consentimiento informado.
12. **Derecho a la educación.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a la educación.
13. **Derecho al trabajo.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a trabajar, y ninguna persona con tuberculosis debe ser sometida a esclavitud o servidumbre, ni sometida a trabajo forzoso u obligatorio.
14. **Derecho a una alimentación adecuada.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a una alimentación adecuada y a no padecer hambre y desnutrición.

- 15. Derecho a la vivienda.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a una vivienda adecuada.
- 16. Derecho al agua y al saneamiento.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho al agua y al saneamiento.
- 17. Derecho a la seguridad social.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a seguridad social y a seguro social, hasta en caso de desempleo, discapacidad, vejez u otra circunstancia de pérdida de medios de subsistencia por razones fuera de su control.
- 18. Derecho a la libertad de expresión.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a la libertad de expresión.
- 19. Derecho a la libertad de reunión y asociación.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a libertad de reunión y asociación pacífica y con otras personas.
- 20. Derecho de participación.** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a participar en los asuntos públicos, directamente o a través de sus organizaciones y/o representantes elegidos libremente.
- 21. Derecho a la justicia y al debido proceso.** Toda persona afectada por la tuberculosis acusada de un delito administrativo o penal tiene derecho a una audiencia pública y justa, sin demoras injustificadas, por un tribunal competente, independiente e imparcial establecido conforme a la ley, y a un recurso efectivo y oportuno cuando se violen sus derechos.
- 22. Derecho a disfrutar de los beneficios del avance científico (derecho a la ciencia).** Toda persona afectada por la tuberculosis tiene derecho a disfrutar de los beneficios del avance científico y su aplicación.

Deberes de las personas afectadas por tuberculosis y de sus familias: La prevención y el control efectivo de la tuberculosis requieren de la participación de las personas afectadas por esta enfermedad mediante el cumplimiento de los siguientes deberes con ellos mismos y su comunidad.

INTERCAMBIAR INFORMACION

- ✓ La responsabilidad de proporcionar a su proveedor del cuidado de salud tanta información como sea posible acerca de su estado de salud actual, las enfermedades pasadas, alergias y otros detalles

pertinentes

- ✓ La responsabilidad de proporcionar información acerca de los contactos con su familia Inmediata, amigos u otros que quizás sean vulnerables a la tuberculosis que puedan haber sido infectados por contacto estrecho.

SEGUIR EL TRATAMIENTO

- ✓ La responsabilidad de seguir el plan de tratamiento prescrito y acortado, y a cumplir a conciencia con las instrucciones recibidas para proteger la salud del individuo y de las otras personas.
- ✓ La responsabilidad de informar a su proveedor del cuidado de la salud de cualquier dificultad o problemas en la continuidad del tratamiento, o si cualquier parte del tratamiento no se comprende claramente.
- ✓ La responsabilidad de la familia de brindar soporte emocional. Psicológico y social para mejorar la condición física, mental y espiritual de la persona afectada por tuberculosis, que permita fortalecer la adherencia al tratamiento.

CONTRIBUIR A LA SALUD COMUNITARIA

- ✓ La responsabilidad de contribuir al bienestar de la comunidad a alentar a otros a asistencia médica si presentan los síntomas de la tuberculosis.
- ✓ La responsabilidad de mostrar consideración por los derechos de otras personas afectadas por la enfermedad y de proveedores de servicios de salud y la comprensión de la problemática de la tuberculosis aportando a la comunidad su control.

SOLIDARIDAD

- ✓ La responsabilidad moral de mostrar solidaridad con otras personas afectadas por la enfermedad, marchando juntos a la curación.
- ✓ La responsabilidad moral de compartir información y los conocimientos obtenidos durante el tratamiento y de compartir esta experiencia con otros miembros de la comunidad haciendo la concientización y toma de poder por una problemática de interés común.

1.5 PAGOS MODERADORES

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 49 de la Ley 1955 de 2019, a partir del año 2022 cambia la forma de calcular los copagos; para éste fin el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Circular Externa 00061 del 30/12/2021, en la cual informa a todos los actores del sistema general de seguridad social, entre ellos los afiliados, sobre este nuevo mecanismo.

En esta Circular el Ministerio define en UVT (Unidad de Valor Tributario), el monto de las cuotas moderadoras y copagos para la vigencia 2022 tanto para el régimen Contributivo como para el Régimen Subsidiado, tomando como referente el Salario Mínimo Legal Mensual Vigente y la Unidad de Valor Tributario, incremento a 2022 4.67%.

REFERENTE PARA CALCULO DE VALORES: Salario Mínimo 2021 y Unidad de Valor Tributario (UVT) 2021 – 2022

	2021
SMMLV (1)	908.526
SMDLV (2)	30.284

SMMLV = Salario Mínimo Mensual Legal Vigente, Decreto 1785 de 2020
SMDLV = Salario Mínimo Diario Legal Vigente, Decreto 1785 de 2020

AÑO	UVT
2021	36.308
2022 *	38.004

UVT = Unidad de Valor Tributario, Resolución 140, 25/12/2021, DIAN, Incremento a 2022 de 4.67%

RÉGIMEN SUBSIDIADO

COPAGOS

Son aportes en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud.

¿QUIÉNES DEBEN PAGAR COPAGOS?

De conformidad con el Acuerdo 260 de 2004 los beneficiarios del Régimen Subsidiado, contribuirán a financiar una parte del valor de los servicios de salud a través de COPAGOS, según los niveles del SISBEN así:

- Nivel 1 del SISBEN No deben realizar copago por ningún servicio del Plan de beneficios en salud.
- Nivel 2 del SISBEN Cancelará el 10% del valor de los servicios, sin que el cobro por un mismo evento en el mismo año exceda de la mitad de un salario mínimo legal vigente.

El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente; los copagos se calculan teniendo en cuenta el salario mínimo legal vigente y la Unidad de Valor Tributario - UVT, para el año 2.022 quedó así:

Valor de los copagos 2.022:

REGIMEN SUBSIDIADO	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO
COMO MAXIMO EL:	10,00%

Tope Máximo de copagos por Evento* y por año calendario**, 2021-2022

REGIMEN SUBSIDIADO	PORCENTAJE DEL SMDLV (ACU. 260)	TOPE 2021	EQUIVALENTES EN CANT. UVT 2021	TOPE 2022	ACTUALIZACION 2022 / 2021
TOPE POR EVENTO (1)	50%	454.263,00	12,51	475.477,08	4,67%
TOPE AL AÑO CALENDARIO (2)	100%	908.526,00	25,02	950.954,16	4,67%

* Evento o servicio, por ejemplo, una cirugía o una hospitalización con atención no quirúrgica

** Año calendario, agregado de copagos del 1° de Enero al 31 de diciembre de cada anualidad

SERVICIOS POR LOS CUALES USTED DEBE PAGAR COPAGO:

- Hospitalizaciones que no estén relacionadas con servicios exentos de copagos.
- Procedimientos quirúrgicos que no estén relacionadas con servicios exentos de copagos.
- Imágenes diagnósticas invasivas tales como: endoscopia, rectoscopia, medios de contraste.
- Procedimientos de odontología diferentes a consultas y actividades de promoción y

- Servicios de apoyo terapéutico: terapias físicas, respiratoria y de lenguaje.

La atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos para cualquier población de cualquier edad y condición socioeconómica, en los siguientes servicios:

1. Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones.
2. Servicios de promoción y prevención.
3. Programas de control en atención materno infantil.
4. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
5. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
6. La atención inicial de urgencias
7. Los servicios sujetos al cobro de cuota moderadora, los cuales se relacionan a continuación:

- La consulta médica, odontológica, paramédica y medicina alternativa aceptada.
- La consulta externa por médico especialista
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios
- Exámenes de laboratorio ordenados de forma ambulatoria y que no requieren autorización adicional a la del médico tratante.
- Exámenes de imagenología ordenados de forma ambulatoria y que no requieren autorización adicional a la del médico tratante.
- Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías.

1. Niños durante el primer año de vida
2. Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (cualquier edad)
3. Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados censales u otros, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel UNO del SISBEN tales como: Población infantil abandonada mayor de un año, Población indigente, Población en condiciones de desplazamiento forzado, POBLACION INDIGENA, Población desmovilizada, Personas de la tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia social, Población rural migratoria, Población ROM.
4. El núcleo familiar de la población desmovilizada una vez identificado mediante la encuesta SISBEN, no será sujeto del cobro de copagos siempre y cuando se clasifique en el nivel UNO del SISBEN.
5. **La población a las que no se les debe cobrar cuotas moderadoras y copagos según Leyes especiales, registradas en la Circular 00016 de 2014 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social:**
 - 1) Personas con discapacidad mental, salvo si su patrimonio le permite asumir estos gastos (Ley 1306 de 2009, artículo 12).
 - 2) Los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010 (artículo 4°, parágrafo 2°), que de conformidad con lo previsto en su artículo 2°, corresponden a:
 - a) La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente.
 - b) 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.

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

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

4) Los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios (Ley 1438 de 2009, artículo 18)

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

6) 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, artículo

54).

7) Las víctimas del conflicto armado interno en los términos del artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, y las pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en los términos del artículo 3° del Decreto-Ley número 4635 de 2011, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2, en todo tipo de atención en salud que requieran. En caso de no hallarse afiliadas a ningún régimen, tendrá que ser afiliadas en forma inmediata al régimen subsidiado (Ley 1448 de 2011, artículo 52, parágrafo 2; Decreto – Ley 4635 de 2011, artículo 53, parágrafo 2)

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

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

CUOTAS MODERADORAS EN EL REGIMEN SUBSIDIADO

En el Régimen Subsidiado NO se pagan cuotas moderadoras.



ACCESO SIN OBSTÁCULOS POR PAGOS

Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de soportar el pago del mismo.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Los indígenas afiliados en el régimen contributivo deben pagar copagos y/o cuotas moderadoras de acuerdo a su ingreso base de cotización.

CUOTAS MODERADORAS

Son pagos que deben realizar los afiliados al RÉGIMEN CONTRIBUTIVO tanto los cotizantes como los beneficiarios, se calcula de acuerdo al ingreso base de cotización (IBC) y tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. (Artículo 1º Acuerdo 260 de 2004).

VALOR CUOTAS MODERADORAS 2022

RANGO DE INGRESOS EN SMMLV	PORCENTAJE DEL SMDLV (ACUERDO 260)	VALOR CUOTA MODERADORA 2021	EQUIVALENCIA DEL % DE SMDLV EN % DE UVT
MENOR A 2 SMMLV	11,70%	3.500	9,64%
ENTRE 2 y 5 SMMLV	46,10%	14.000	38,56%
MAYOR 5 SMMLV	121,50%	36.800	101,36%

RANGO DE INGRESOS EN SMMLV	VALOR CUOTA MODERADORA 2022	VALOR CUOTA MODERADORA 2022 (Con aproximación a centena más cercana)
MENOR A 2 SMMLV	3.663	4,67%
ENTRE 2 y 5 SMMLV	14.654	4,67%
MAYOR 5 SMMLV	38.519	4,67%

SMMLV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente en 2021, Decreto 1785 de 2020

SMDLV: Salario Mínimo Legal Diario Vigente, Decreto 1785 de 2020

UVT: Unidad de Valor Tributario, Resolución 140, 25/12/2021, DIAN. (Incremento a 2022 de 4,67%).

Nota: Los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en el Artículo 8o. del Acuerdo 260 del CNSSS, se ajustarán a la centena más cercana. (Acuerdo 030 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, párrafo del Artículo Décimo Primero) y de conformidad con lo determinado en la Ley 1955 de 2019, se calculan con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Tributario – UVT, actualizados al 4.67%

SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios: La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta independientemente del número de ítems incluidos.
4. Exámenes diagnóstico por laboratorio clínico y por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante: La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta independientemente del número de ítems incluidos.
5. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de éstos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

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

- Paciente con Infarto Agudo de Miocardio
- Paciente con dolor abdominal para el cual se hace impresión diagnóstica de apendicitis.
- Paciente con crisis asmática

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

- Paciente con cuadro de EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) sin compromiso hemodinámico (hidratado, con tensión arterial normal).
- Paciente con dolor muscular de varios días de evolución sin cambios en los síntomas.
- Paciente con conjuntivitis.

NOTA: Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patología específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar al cobro de cuotas moderadoras en dicho servicio. (Parágrafo 2º Artículo 6º Acuerdo 260 de 2004)

POBLACIÓN QUE NO DEBE PAGAR CUOTAS MODERADORAS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

1. Población con diagnóstico de enfermedades de alto costo.
2. La población a las que no se les debe cobrar cuotas moderadoras y copagos según Leyes especiales, registradas en la Circular 00016 de 2014 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, mencionadas previamente.

COPAGOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Son aportes en dinero que realiza el afiliado BENEFICIARIO del afiliado cotizante teniendo en cuenta igualmente el ingreso base de cotización (IBC) y corresponde a una parte del valor del servicio que le brindaron.

VALOR DE COPAGOS REGIMEN CONTRIBUTIVO 2022

RANGO DE INGRESOS EN SMMLV	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO
MENOR A 2 SMMLV	11,50%
ENTRE 2 y 5 SMMLV	17,30%
MAYOR 5 SMMLV	23,00%

TOPE MAXIMO DE LOS COPAGOS POR EVENTO, 2021 – 2022

RANGO DE INGRESOS EN SMMLV	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO (ACUERDO 260)	TOPE 2021	EQUIVALENTES EN CANT. UVT 2021	TOPE 2022	ACTUALIZACIÓN 2022 / 2021
MENOR A 2 SMMLV	28,7%	260.747	7,18	272.924	4,67%
ENTRE 2 y 5 SMMLV	115,00%	1.044.805	28,78	1.093.597	4,67%
MAYOR 5 SMMLV	230,00%	2.089.610	57,55	2.187.195	4,67%

SMMLV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente en 2021 – Decreto 1785 de 2020

UVT: Unidad de Valor Tributario, Resolución 140, 25/12/2021, DIAN. (Incremento a 2022 de 4,67%).

Evento o servicio, por ejemplo, una cirugía o una hospitalización con atención no quirúrgica.

Nota: Los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en el Artículo 9o. del Acuerdo 260 del CNSSS se calculan de conformidad con lo determinado en la Ley 1955 de 2019, con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Tributario – UVT, actualizados al 4.67%

TOPE MAXIMO DE LOS COPAGOS POR AÑO CALENDARIO, 2021 – 2022

RANGO DE INGRESOS EN SMMLV	PORCENTAJE DEL SMMLV (ACUERDO 260)	TOPE 2021	EQUIVALENTES EN CANT. UVT 2021
MENOR A 2 SMMLV	57,5%	522.402	14,39
ENTRE 2 y 5 SMMLV	230,00%	2.089.610	57,55
MAYOR 5 SMMLV	460,00%	4.179.220	115,1

RANGO DE INGRESOS EN SMMLV	TOPE 2022	ACTUALIZACIÓN 2022 / 2021
MENOR A 2 SMMLV	546.799	4,67%
ENTRE 2 y 5 SMMLV	2.187.195	4,67%
MAYOR 5 SMMLV	4.374.389	4,67%

SMMLV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente en 2021 – Decreto 1785 de 2020

UVT: Unidad de Valor Tributario, Resolución 140, 25/12/2021, DIAN. (Incremento a 2022 de 4,67%).

Evento o servicio, por ejemplo, una cirugía o una hospitalización con atención no quirúrgica.

Nota: Los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en el Artículo 9o. del Acuerdo 260 del CNSSS se calculan de conformidad con lo determinado en la Ley 1955 de 2019, con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Tributario – UVT, actualizados al 4.67%

SERVICIOS POR LOS CUALES DEBE PAGAR COPAGO:

1. Hospitalizaciones que no estén relacionados con servicios exentos de copago.
2. Procedimientos quirúrgicos que no estén relacionados con servicios exentos de copago.
3. Apoyo diagnóstico como: endoscopia, rectoscopia, medios de contraste, entre otros.
4. Procedimientos de odontología diferentes a consultas y actividades de promoción y prevención tales como obturaciones y endodoncia.
5. Servicios de apoyo terapéutico: terapias físicas, respiratoria y de lenguaje.

SERVICIOS POR LOS CUALES NO DEBE PAGAR COPAGO:

La atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos para cualquier población de cualquier edad y condición socioeconómica, en los siguientes servicios:

1. Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones.
2. Servicios de promoción y prevención.
3. Programas de control en atención materno infantil.
4. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
5. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
6. La atención inicial de urgencias
7. Los servicios sujetos a cobro de cuota moderadora como son:

- La consulta médica, odontológica, paramédica y medicina alternativa aceptada.
- La consulta externa por médico especialista
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios
- Exámenes de laboratorio ordenados de forma ambulatoria y que no requieren autorización adicional a la del médico tratante.
- Exámenes de imagenología ordenados de forma ambulatoria y que no requieren autorización adicional a la del médico tratante.
- Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías.

POBLACIÓN QUE NO DEBE PAGAR COPAGOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

La población a las que no se les debe cobrar cuotas moderadoras y copagos según Leyes especiales, registradas en la Circular 00016 de 2014 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, mencionadas previamente.

MECANISMOS DE RECAUDO DE COPAGOS Y/O CUOTAS MODERADORAS

Con el objetivo de evitar trámites administrativos a nuestros afiliados, Pijaos Salud EPSI delega a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS el recaudo del valor correspondiente a copagos y cuotas moderadoras, por tanto, el usuario debe pagar directamente a la IPS dicho valor en los casos en que aplique el cobro.

ACCESO SIN OBSTÁCULOS POR PAGOS.

Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de soportar el pago del mismo.

FINALMENTE RECUERDE:

- En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias (Art. 6°, Parágrafo 1°, Acuerdo 260 de 2004).
- La atención inicial de urgencias está exenta del cobro de copagos (Art. 7°, Acuerdo 260 de 2004). Sin embargo, si el paciente utiliza estos servicios sin ser urgencia deberá pagar el valor total de la atención (Art. 10 Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994).
- En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras (Acuerdo 260 de 2004, artículo 5, numeral 4).
- Es deber de los afiliados al sistema de seguridad social en salud de conformidad con el numeral tercero del artículo 160 de la ley 100 de 1993, facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar. Salvo las excepciones anteriormente señaladas.
- La no cancelación de los pagos moderadores no puede ser barrera de acceso al servicio de salud.

Para mayor Información ingresar al siguiente enlace:

<https://www.pijaossalud.com/wp-content/uploads/2022/01/PLAN-GENERAL-DE-CUOTAS-MODERADORAS-FIRMADO.pdf>

1.6 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

A continuación, presentamos nuestra red de prestación de servicios en donde se incluye el nombre del prestador, ubicación geográfica, dirección, teléfono y servicios de salud contratados con el tipo de complejidad.

RED DE PRESTACION DE SERVICIOS PIJAOS SALUD EPS-I NIVEL I

TOLIMA

NIVEL I					
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	MUNICIPIO	COBERTURA	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL NUESTRA SEÑOR DE LOURDES	ATACO	MUNICIPAL	2240330	CRA 5 N° 4-39	URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS MENORES, HOSPITALIZACIÓN (ESTANCIA, LABORATORIO, FARMACIA, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS E INSUMOS) CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, ATENCIÓN PYP, MÉDICO Y ENFERMERÍA, VACUNACIÓN, LABORATORIOS, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y TRASLADO.
HOSPITAL SAN CARLOS DE SALDAÑA	SALDAÑA	MUNICIPAL	2266052-2667191	KILÓMETRO 1 VIA PURIFICACIÓN	URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS MENORES, HOSPITALIZACIÓN (ESTANCIA, LABORATORIO, FARMACIA, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS E INSUMOS) CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, ATENCIÓN PYP, MÉDICO Y ENFERMERÍA, VACUNACIÓN, LABORATORIOS, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y TRASLADO.
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	CHAPARRAL	MUNICIPAL	2253171	CALLE 6 N 3-57 CENTRO	CONSULTA DE MEDICINA, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICA GENERAL, LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD .LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LAS ACTIVIDADES PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD INDÍGENA DE MANERA INTRAMURAL Y EXTRAMURAL CONTEMPLADO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC SUBSIDIADA.
SOLINSA (DISFARMA)	CHAPARRAL	MUNICIPAL	73-168-21-039 MD - 731-168-21-083MED	CRA 9 NO 10-74 B/SAN JUAN BAUTISTA LOCAL 2	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	COYAIMA	MUNICIPAL	CELULAR 3112972923 3102091996	CRA 3 N 2-60	CONSULTA DE MEDICINA, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICA GENERAL, LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD .LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LAS ACTIVIDADES PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD INDÍGENA DE MANERA INTRAMURAL Y EXTRAMURAL CONTEMPLADO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC SUBSIDIADA.
SOLINSA (DISFARMA)	COYAIMA	MUNICIPAL	73-217-21-040 MED- 73-217-21-084 MED	AV AMBALA N 33 - 36 SAN SIMON PARTE BAJA	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E	IBAGUÉ	MUNICIPAL	2713375-2600452-2725244	AVENIDA GUABINAL MZA 20 JORDAN VIII - CRA. 11 B SUR NO. 17-30 RICAURTE	CONSULTA DE MEDICINA, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGIA GENERAL, LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD CONTEMPLADO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC SUBSIDIADA, VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS. ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD, ATENCIÓN AL PARTO, VACUNACIÓN Y ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	IBAGUÉ	MUNICIPAL	CITAS MÉDICAS: 2765953-2658941-2669386-3112333983 CITAS ODONTOLÓGICA S: 3176471991-2765952	CALLE 36 N° 4D-28 B/ CÁDIZ	CONSULTA DE MEDICINA, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGIA GENERAL, LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LAS ACTIVIDADES PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD INDÍGENA DE MANERA INTRAMURAL Y EXTRAMURAL CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC SUBSIDIADA.
SOLINSA (DISFARMA)	IBAGUÉ	MUNICIPAL	73-2021-041 MED - 73-001-21-085MED	AV AMBALA N 33 - 36 SAN SIMON PARTE BAJA	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS
LABORATORIO CLINICO BIOANALISIS	IBAGUÉ	MUNICIPAL	2654480	CRA 5 N° 39-36	CAPITACION: LA TOMA , PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS CONTINUO PERMANENTE DE TODOS LOS LABORATORIOS CLÍNICOS DE I NIVEL EN MORBILIDAD Y EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DERIVADOS DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA PS THE WALA DE USUARIOS DE IBAGUÉ DE LA EPSI, DE LAS CONSULTAS PRIORITARIAS DE LA USI ESE DE LOS USUARIOS DE IBAGUÉ DERIVADOS DE LOS ESPECIALISTAS QUE EMITAN ORDENES MÉDICAS DE LABORATORIOS DE BAJA COMPLEJIDAD SIN IMPORTAR LA ESPECIALIDAD, ADEMÁS DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DEPURACIÓN DE CREATININA, TRIGLICÉRIDOS, COLESTEROL, COPROSCOPICO, TSD (NEONATAL. VIH, ANTÍGENO DE SUPERFICIE PARA HEPATITIS B, IGG E IGM PARA TOXOPLASMA CORRESPONDIENTES SOLO A ORDENES DERIVADOS DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL NIVEL I DE ATENCIÓN Y LAS ÓRDENES DERIVADOS DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL NIVEL II DE ATENCIÓN Y LAS ORDENES DE LABORATORIO GENERADOS POR MÉDICO GENERAL DURANTE ATENCIÓN DOMICILIARIA
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	NATAGAIMA	MUNICIPAL	2264041-2264042	CRA 4 N 5-45 B/ CENTRO	CONSULTA DE MEDICINA, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGIA GENERAL, LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD .LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LAS ACTIVIDADES PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD INDÍGENA DE MANERA INTRAMURAL Y EXTRAMURAL CONTEMPLADO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC SUBSIDIADA.
SOLINSA (DISFARMA)	NATAGAIMA	MUNICIPAL	73-483-21-042 MED- 73-483-21-073 MED	CALLE 7 # 3-27 LOCAL 3 BARRIO CENTRO	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE

					MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS
HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.	NATAGAIMA	MUNICIPAL	2269013	CARRERA 11 CALLE 6	URGENCIAS(TRIAGE I AL V), REMISIÓN Y TRANSPORTE, LABORATORIO DE NIVEL I DE ATENCIÓN HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS, MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL NIVEL I DE LA HOSPITALIZACIÓN, CURACIONES, CAMBIOS DE Sonda, CURACIONES, MICRONEBULIZACIONES, CAMBIOS DE SONDAS, ELECTROCARDIOGRAMAS Y LOS MONITOREOS FETALES, ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD Y VACUNACIÓN
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	ORTEGA	MUNICIPAL	2258770-3203044875-3122548340	CALLE 3 Nº 4-100 B/ PRADO	CONSULTA DE MEDICINA, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD .LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LAS ACTIVIDADES PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD INDÍGENA DE MANERA INTRAMURAL Y EXTRAMURAL CONTEMPLADO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC SUBSIDIADA.
SOLINSA (DISFARMA)	ORTEGA	MUNICIPAL	73-504-21-043 MED - 73-504-21-074 MED	CARRERA 5 NO 14-56 BARRIO CENTRO	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	ORTEGA	MUNICIPAL	2258801-2258120	CALLE 6 NO. 3-25	URGENCIAS (TRIAGE I AL III), REMISIÓN Y TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO INTERINSTITUCIONAL (REMISIONES A CHAPARRAL, ESPINAL E IBAGUÉ), LABORATORIO DE NIVEL I DE ATENCIÓN HOSPITALARIOS, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS, HOSPITALIZACIÓN I NIVEL, IMAGENOLOGÍA BÁSICA Y OTRAS ACTIVIDADES COMO CURACIONES, NEBULIZACIONES, CAMBIOS DE Sonda, RETIRO DE FÉRULAS DE YESO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS) POR LA IPS PRIMARIA DE CONSULTA EXTERNA: OTRAS ACTIVIDADES POR EVENTO: INCLUYEN LA TOMA DE EKG, SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA A TARIFAS SOAT MENOS 15% ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD, VACUNACIÓN, ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SE EXCLUYE DE LA CÁPITA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO QUE SE PAGARA POR PAQUETE A UN VALOR CADA PARTO DE \$ 850.000,00 (INCLUYE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL, LA ESTANCIA MINIMA DEL BINOMIO MADRE HIJO; CONTROL POS PARTO, TSH; HEMOCLASIFICACION, SEROLOGIA, VITAMINA K, VACUNAS PARA EL RECIÉN NACIDO, SEROLOGIA.
SOLINSA (DISFARMA)	PLANADAS	MUNICIPAL	73-555-21-044 MED- 73-555-21-075 MED	AV AMBALA N 33 - 36 SAN SIMON PARTE BAJA	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS
HOSPITAL CENTRO DE PLANADAS	PLANADAS	MUNICIPAL	2265252-2265249	CALLE 9 #5-30	URGENCIAS(TRIAGE I AL V), REMISIÓN Y TRANSPORTE, LABORATORIO DE NIVEL I DE ATENCIÓN HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS, MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL NIVEL I DE LA HOSPITALIZACIÓN, CURACIONES, CAMBIOS DE Sonda, CURACIONES, MICRONEBULIZACIONES, CAMBIOS DE

					SONDAS, ELECTROCARDIOGRAMAS Y LOS MONITOREOS FETALES, ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD Y VACUNACIÓN
SOLINSA (DISFARMA)	PRADO	MUNICIPAL	73-563-21-045 MED Y 73-563-21-076 MED	AV AMBALA N 33 - 36 SAN SIMON PARTE BAJA	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, PRADO	PRADO	MUNICIPAL	3202000465	CARRERA 13 N 3A-78	URGENCIAS , PROCEDIMIENTOS MENORES, HOSPITALIZACIÓN (ESTANCIA , LABORATORIO, FARMACIA, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS E INSUMOS) CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, ATENCIÓN PYP, MÉDICO Y ENFERMERÍA , VACUNACIÓN, LABORATORIOS, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y TRASLADO
SOLINSA (DISFARMA)	PURIFICACIÓN	MUNICIPAL	73-585-21-046 MED - 73-585-21-077 MED	CENTRO LOGÍSTICO SN JORGE KILÓMETRO 7, BODEGA 89	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS
NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA	PURIFICACION	MUNICIPAL	3182434216 3182097583	CARRERA 9 CALLE 7 ESQUINA BARRIO SANTA BARBARA	URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS MENORES , HOSPITALIZACIÓN (ESTANCIA, INTERCONSULTAS ESPECIALISTAS LABORATORIO E IMAGENOLOGIA , FARMACIA HOSPITALARIA E INSUMOS) TERAPIA RESPIRATORIA , PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y CONSULTA AMBULATORIA,: CONSULTA MEDICINA GENERAL
SOLINSA (DISFARMA)	RIOBLANCO	MUNICIPAL	73-616-21-047 MED Y 73-616-21-078 MED	AV AMBALA N 33 - 36 SAN SIMON PARTE BAJA	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS
HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E.	RIOBLANCO	MUNICIPAL	2256407-3132380768	CARRERA 1 NO 3A-30 B- SAN JOSE PARTE ALTA	URGENCIAS (TRIAGE I,II Y V) CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE; CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN EN URGENCIAS, CONSULTA DE MORBILIDAD, MEDICAMENTOS DERIVADOS DE LA CONSULTA DE MORBILIDAD Y LOS DERIVADOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y HOSPITALARIA, HOSPITALIZACIÓN DE NIVEL I, PROCEDIMIENTOS MENORES COMO CURACIONES, EKG, NEBULIZACIONES Y CAMBIOS DE SONDA. ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES, VACUNACIÓN, ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS PUBLICA, INSERCIÓN Y RETIRO DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO CONSULTA EXTERNA, ATENCIÓN PYP
SOLINSA (DISFARMA)	SALDAÑA	MUNICIPAL	73-671-21-048 MED - 73-671-21-079 MED	CENTRO LOGÍSTICO SN JORGE KILÓMETRO 7, BODEGA 89	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS



RED DE SERVICIOS PIJAOS SALUD EPS-I BAJA COMPLEJIDAD

RISARALDA

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SANTA ANA DE GUATICA	RISARALDA	GUATICA	3539093-3539358	CARRERA 5 NO. 14-58	URGENCIAS TRIAGE (I, II Y III), CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE DE USUARIOS A LA RED DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL NIVEL I, HOSPITALIZACIÓN NIVEL I, IMAGEN ELOGIA BÁSICA EN ODONTOLOGÍA, ATENCIONES DE ENFERMERÍA, CURACIONES, CAMBIOS DE Sonda,
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO	RISARALDA	MISTRATO	3526032-3526009	CRA 5 NO. 8-36	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PAI-SALUD ORAL -ATENCIÓN A LAS ALTERACIONES DEL ADULTO-PLANIFICACIÓN FAMILIAR EXCEPTO LA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO Y LA VASECTOMÍA-ATENCIÓNES DEL PARTO - ATENCIONES DEL RECIÉN NACIDO -CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO-ALTERACIONES DEL JOVEN - CONTROL PRENATAL - CITOLOGÍA CERVICOUTERINA -TOMA DE AGUDEZA VISUAL-DEMANDA INDUCIDA, URGENCIA, HOSPITALIZACIÓN LABORATORIO BÁSICO VACUNACIÓN
EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SALUD PEREIRA	RISARALDA	PEREIRA	3515252 EXT 529	CRA 7 CON CALLE 40	URGENCIAS TRIAGE (I, II Y III), CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE DE USUARIOS A LA RED DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN, HOSPITALIZACIÓN NIVEL I, IMAGEN ELOGIA BÁSICA EN ODONTOLOGÍA, ATENCIONES DE ENFERMERÍA, CURACIONES, CAMBIOS DE Sonda
HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHIA	RISARALDA	QUINCHIA	3563360-3563145-3563146	CARRERA 9 NO. 1-90	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUIDOS EN ANEXO TÉCNICO; MEDICAMENTOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUIDOS ANEXO TÉCNICO, CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC).
SOLINSA (DISFARMA)	RISARALDA	PEREIRA	3152028842	CARRERA 8 # 42B-50 CENTRO DE NEGOCIOS 8/43	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y MEDICAMENTOS REGULADOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARSELLA	RISARALDA	MARSELLA	3685025	CARRERA 14 NO. 16 - 20	URGENCIAS TRIAGE (I, II Y III), CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE DE USUARIOS A LA RED DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL NIVEL I, HOSPITALIZACIÓN NIVEL I, IMAGEN ELOGIA BÁSICA EN ODONTOLOGÍA, ATENCIONES DE ENFERMERÍA, CURACIONES, CAMBIOS DE Sonda,

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	RISARALDA	PUEBLO RICO	3216363540 - 3216363550	KRA. 5 CALLE 4A ESQUINA	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PAI-SALUD ORAL -ATENCIÓN A LAS ALTERACIONES DEL ADULTO-PLANIFICACIÓN FAMILIAR EXCEPTO LA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO Y LA VASECTOMÍA-ATENCIÓNES DEL PARTO - ATENCIONES DEL RECIÉN NACIDO -CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO-ALTERACIONES DEL JOVEN - CONTROL PRENATAL - CITOLOGÍA CERVICOUTERINA -TOMA DE AGUDEZA VISUAL-DEMANDA INDUCIDA, URGENCIA, HOSPITALIZACIÓN LABORATORIO BÁSICO VACUNACIÓN
-------------------------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------------	--

RED DE SERVICIOS BAJA COMPLEJIDAD PIJAOS SALUD EPS-I

META

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
PREVENCIÓN INTEGRAL EN SALUD IPS SAS	META	PUERTO GAITAN	3123774360- 6460344	CALLE 9 N° 7-54	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN(PAI-SALUD ORAL -ATENCIÓN A LAS ALTERACIONES DEL ADULTO-PLANIFICACIÓN FAMILIAR E-CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO- ALTERACIONES DEL JOVEN - CONTROL PRENATAL - CITOLOGÍA CERVICOUTERINA -TOMA DE AGUDEZA VISUAL- DEMANDA INDUCIDA VACUNACIÓN INTRAMURAL Y EXTRAMURAL SEGÚN EL PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS E INSUMOS PARA MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO (INSULINAS, GLUCÓMETROS, TIRILLAS, LANCETAS) .
MATSULUDANI IPS INDIGENA UNUMA LTDA	META	PUERTO GAITAN	3174297681 - 3114522091 - 3125328834	CARRERA 13 NO. 13D- 21	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL OCCIDENTAL, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGÍA GENERAL, ENTREGA DE MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL NIVEL 1 DE ATENCIÓN, LABORATORIO CLÍNICO DE NIVEL 1 INCLUYENDO LOS LABORATORIOS ESTABLECIDOS DERIVADOS DEL NIVEL 1 ATENCIÓN, LABORATORIOS CLÍNICO DE NIVEL 1 , ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, VACUNACIÓN

RED DE SERVICIOS PIJAOS SALUD EPS-I NACIONAL

MEDIANA COMPLEJIDAD

RED DE SERVICIOS DE II NIVEL DE ATENCIÓN DE ATENCIÓN				
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	DPTO /MUNICIPIO DE COBERTURA	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
INSTITUTO OFTALMOLOGICO DEL TOLIMA S.A.S	TOLIMA	5152020 EXT. 150-151-152- 105 - 310 4185205	CARRERA 4B NO. 31-33 B/ CÁDIZ	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, SERVICIO DE CIRUGÍA AMBULATORIA, APOYO DIAGNÓSTICO.
IPS INTEGRAL SOMOS SALUD S.A.S.	TOLIMA	2770821 EXT 1101 - 3005715316	CRA 4 C N° 33--20 B CADIZ	APOYO TERAPÉUTICO INTEGRAL.
TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD SAS	NACIONAL	2659800-264	CALLE 60 N° 6A -25	INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
NEFROUROS MOM S.A.S	NACIONAL	2642645- 3152929010	CARRERA 4C NO. 31-23 B- CÁDIZ	CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEFROLOGÍA, ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE RENAL CRÓNICO, SERVICIOS DE TERAPIA DE REPLAZO RENAL.

PROMOVER LTDA	TOLIMA	2739402 EXT 1- 2739404- 3175004596	SEDE ADMINISTRATIVA : CRA 9 N° 57-15 OF 1006 -1007 EDIFICIO WORLD TRADE CENTER , ATENCION AL USUARIO: CARRERA 4 B N° 33-08 BARRIO CADIZ	SERVICIO DE AMBULANCIA BÁSICA Y MEDICAL IZADA, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA.
HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E LERIDA TOLIMA	NACIONAL	2890526 - 2890803 - 2890650 - FAX: 2890634	KM 1 VÍA IGUACITOS	CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA, UNIDAD DE SALUD MENTAL.
UROGIN SAS IPS	RISARALDA	3147433539 - 321454 - 3215505	CARRERA 19 N° 12- 580 LOCAL 205	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, SERVICIO DE CIRUGÍA AMBULATORIA, APOYO DIAGNÓSTICO.
RESPIREMOS UNIDAD DE NEUMOLOGIA Y ENDOSCOPIA RESPIRATORIA DEL EJE CAFETERO S.A.S	RISARALDA	3170710- 3127164798	CRA 18 N° 12-75 PISO 7 TORRES 2 MEGACENTRO PINARES	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, APOYO DIAGNÓSTICO.
ENDODIGESTIVOS S.A.S	RISARALDA	3251182- 3168786985	CARRERA 6 NO. 22-48 CON 210	CONSULTA MÉDICA, ESPECIALIZADA, PROCEDIMIENTOS, ENDOSCOPIAS
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL TOLIMA	NACIONAL	3164307757	CARRERA 4F 34- 229 BARRIO CADIZ	CONSULTA AMBULATORIA ESPECIALIZADA Y APOYO DIAGNOSTICO
NP MEDICAL IPS SAS GIRARDOT	NACIONAL	7427846 EXT 1116	KR 19 22-53 BARRIO GAITAN	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL, CONSULTA DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA
CLINICA SAGRADA FAMILIA	NACIONAL	8718690	CRA 15 CALLE 10 ESQUINA	HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS, CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, LABORATORIOS IMAGENOLOGIA
CENTRO DE NEUROREABILITACION APAES DE RISARALDA	RISARALDA	3199632 3106308144	CALLE 19 N 5-13 CLINICA RISARALDA CONSULTORIO 516-517A-517B-521- 522A-522B-711- 807A-807B-808B	CONSULTA DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TERAPIAS.
CLINICA LOS REMANOS	NACIONAL	2703994	CARRERA 4B N° 33-33 BARRIO CADIZ	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL, CONSULTA DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA
CARDIOSALUD DEL EJE CAFETERO	RISARALDA	3242299	CARRERA 13 N° 3B-12 AV CIRCUNVALAR	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA
ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA	RISARALDA	363373444	KILÓMETRO 5 VÍA CERRITOS	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL, CONSULTA DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA
TERAMED	META	3108582012	CALLE 32A N° 40A- 29 LOCAL 102	SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

RED DE SERVICIOS ALTA COMPLEJIDAD EPS-I

NACIONAL

RED DE SERVICIOS III Y IV NIVEL DE ATENCION				
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	DPTO /MUNICIPIO DE COBERTURA	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
SHARON MEDICAL GROUP SAS	TOLIMA	2710102- 3176613474 - 2687279- 3165628608	CARRERA 5 NO. 84-13-15	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, HOSPITALIZACIÓN, UCI, CIRUGÍA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A	NACIONAL	265313-5160101	CALLE 44 N ° 4-62 PIEDRA PINTADA UNIDAD LOCAL 106 CENTRO MÉDICO JAVERIANO	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS (NEONATAL Y PEDIÁTRICO) CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA.
HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA	NACIONAL	2853674 - 2326887 - 5922979	CL 35 # 6 64 PI 2 CARRERA 4ª ESTE Nº 31-58- SAN MATEO -SOACHA	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO NEONATAL, PEDIÁTRICO, Y DE ADULTOS, SERVICIOS QUIRÚRGICOS, APOYO TERAPÉUTICO, SERVICIO DE TERAPIA DE REMPLAZO RENAL.
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E	NACIONAL	4846050-018000414414	AVENIDA 1 NO. 9-85	ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO, URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, HOSPITALIZACIÓN, SERVICIO DE CIRUGÍA, LABORATORIO, UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, APOYO TERAPÉUTICO Y DIAGNÓSTICO.
CLINICA ONCOSALUD	DEPARTAMEN TAL	2649595	CALLE 35 N° 4C-28 BARRIO CADIZ	CONSULTA AMBULATORIA DE ESPECIALIDADES ONCOLÓGICAS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, SALA DE QUIMIOTERAPIA.
HEALT & LIFE IPS SAS	NACIONAL	311594812	AVENIDA CARRERA 30 N° 77-40	SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA COLCAN S.A.S	NACIONAL	744555-7437777-018000180319		LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO Y ESPECIALIZADO
INSTITUTO DE REHABILITACION DEL TOLIMA IDEAL	TOLIMA	2746104		SERVICIO DE TERAPIAS
ENDODIGESTIVOS	RISARALDA	3251182 CEL. 3168786985		CONSULTA MÉDICA, ESPECIALIZADA, PROCEDIMIENTOS, ENDOSCOPIAS
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E	META	0986817901 EXT 111	CALLE 37 A NO. 28-53 BARRIO BARZAL ALTO	URGENCIAS HOSPITALIZACIÓN UCI ADULTOS Y NEONATAL ESTANCIA EN PISO, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

RED DE SERVICIOS PIJAOS SALUD EPS-I COMPLEMENTARIA

RED DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	DPTO /MUNICIPIO DE COBERTURA	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
LABORATORIO CLINICO BIOANALISIS E.U	TOLIMA	2657783-2654480	CRA- 5 NO. 39-36 CONSULTORIO 504	LABORATORIO CLÍNICO DE I, II, III Y IV NIVEL DE ATENCIÓN.
TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD SAS	TOLIMA	2659800	CALLE 60 N° 6A -25	SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.
PROMOVER LTDA	TOLIMA- RISARALDA- META	2666814-2703970	CRA 4B N° 33-08	SERVICIO DE AMBULANCIA BÁSICA Y MEDICAL IZADA, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA.
MEDICAL LIFE CARE	DEPARTAMENTAL	2761969	CALLE 15 A # 7-158 INTERLAKEN	SUMINISTRO DE OXIGENO
INSTITUTO DE REHABILITACION DEL TOLIMA IDEAL	TOLIMA	2717226- 3176361839	CARRERA 3A N° 64 A 46 ETAPA II BARRIO JORDÁN	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, APOYO TERAPÉUTICO.
OXITOLIMA S.A IPS	TOLIMA	2622288- 3107525930	CALLE 17 NO. 8-21 B/ INTERCALEN	SUMINISTRO DE OXÍGENO MEDICINAL AMBULATORIO.
OXICENTER HOME CARE SAS	VALLE DEL CAUCA	2144842-2133366	CALLE 1 N° 10-96	SUMINISTRO DE OXÍGENO MEDICINAL AMBULATORIO.
CENTRO DE ALTA TECNOLOGIA DIAGNOSTICA DEL EJE CAFETERO S.A	TOLIMA- RISARALDA- META	3254602-3351895	CALLE 18 NO. 7-102	RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR.

AUDIOSALUD INTEGRAL LTDA	TOLIMA-RISARALDA- META	4762333-3404777	CARRERA 4C N. 39-79 B/ MACARENA	CONSULTA DE AUDIOLOGÍA, APOYO DIAGNÓSTICO, SUMINISTRO DE ADAPTACIÓN DE AUDÍFONOS
INSTITUTO DE ULTRATECNOLOGIA MEDICA SAS	TOLIMA-RISARALDA- META	2770212	CALLE 31 N° 4D-46 BARRIO CÁDIZ IBAGUÉ	RADIOLOGÍA CONVENCIONAL Y ESPECIALIZADA, MEDICINA NUCLEAR.
HOGAR DE PASO ITZAYANA SAS	TOLIMA-RISARALDA- META	NEIVA: CELULAR 3202342655 IBAGUÉ: CELULAR 3134562747 BOGOTÁ: CELULAR: 3134562747 VILLAVICENCIO: CELULAR: 3134562747	NEIVA: CALLE 14 N° 30-63 IBAGUE: CALLE 12 N° 8-08 BARRIO CENTENARIO BOGOTÁ: CARRERA 12 C 17 SUR 98 VILLAVICENCIO: VEREDA VANGUARDIA VÍA ANTIGUA RESTREPO FINCA VÍA SAN NICOLÁS	CASA DE PASO

1.7 ATENCIÓN DE URGENCIAS

TOLIMA NIVEL I

URGENCIAS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE CHAPARRAL E.S.E	TOLIMA	CHAPARRAL	2460333 2463580	CALLE 11 CARRERA 9 Y 10	URGENCIAS TRIAGE (I,II,III, IV Y V), CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, REMISIONES, ODONTOLOGÍA Y MEDICINA ESPECIALIZADO, QUIRÓFANO, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SAN ROQUE DE COYAIMA E.S.E	TOLIMA	COYAIMA	227810 2278014 2278127	CALLE 4 N° 2-05	URGENCIAS TRIAGE I, II Y III, REMISIÓN Y TRANSPORTE, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN HOSPITALARIOS, HOSPITALIZACIÓN NIVEL I, IMAGENOLOGÍA, PROCEDIMIENTOS I NIVEL, PROGRAMA Y PREVENCIÓN (VACUNACIÓN – ATENCIÓN DEL PARTO- ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE SEDE JORDAN	TOLIMA	IBAGUE	2748906	CARRERA 1A NO-64-37	URGENCIAS (TRIAGE I, II Y III), REMISIÓN Y TRANSPORTE, HOSPITALIZACIÓN NIVEL I, MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL NIVEL I, PROGRAMA Y PREVENCIÓN (VACUNACIÓN - ATENCIÓN DEL PARTO-ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO-DEMANDA INDUCIDA). URGENCIAS EN SALUD MENTAL EN LA SEDE RICAURTE.
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE SEDE SAN FRANCISCO	TOLIMA	IBAGUE	2739595	AVENIDA 8 NO. 24-01 BARRIO EL CARMEN	
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE SEDE AMBALA	TOLIMA	IBAGUE	2750604	CRA 21 A NO.54A-04	

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE SEDE EL SALADO	TOLIMA	IBAGUE	2725244	CALLE 146 NO. 8-74 BARRIO EL SALADO
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE SEDE RICAURTE	TOLIMA	IBAGUE	2600452	CRA. 11 B SUR NO. 17-30 RICAURTE

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E	TOLIMA	NATAGAIMA	2269013	CARRERA 11 CALLE 6	URGENCIAS (TRIAGE I,II,III, IV Y V), REMISIÓN Y TRANSPORTE, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS, IMAGENOLOGÍA, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS, PROGRAMA Y PREVENCIÓN (VACUNACIÓN – ATENCIÓN DEL PARTO- ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO-DEMANDA INDUCIDA)

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	TOLIMA	ORTEGA	2258801- 2258120	CALLE 6 N° 3- 25	URGENCIAS (TRIAGE I, II, III, IV Y V) HOSPITALIZACIÓN DE I NIVEL, MEDICAMENTOS NIVEL, IMAGENOLOGÍA NIVEL I, PROGRAMA Y PREVENCIÓN (VACUNACIÓN- ATENCIÓN DEL PARTO-ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO-DEMANDA INDUCIDA)

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL CENTRO DE PLANADAS E.S.E	TOLIMA	PLANADAS	2265044 3174430876 3187169873	CALLE 9 N° 5- 30	URGENCIAS (TRIAGE I AL V), CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL, CONSULTA, HOSPITALIZACIÓN. IMAGENOLOGÍA, PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (VACUNACIÓN- ATENCIÓN DEL PARTO-ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO-DEMANDA INDUCIDA)

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E	TOLIMA	RIOBLANCO	2256407- 3132380768	CARRERA 1 N° 3A-30 B- SAN JOSE PARTE ALTA	URGENCIAS (TRIAGE I AL VI) CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGÍA GENERAL, HOSPITALIZACIÓN DE NIVEL PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (VACUNACIÓN- ATENCIÓN DEL PARTO-ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO-DEMANDA INDUCIDA)

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL MISERICORDIA E.S.E	TOLIMA	SAN ANTONIO	2253445-2253699	CALLE 7 N°8-61	URGENCIAS, (TRIAGE I, II Y III), REMISIÓN Y TRANSPORTE, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS, HOSPITALIZACIÓN DE NIVEL I, PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (VACUNACIÓN- ATENCIÓN DEL PARTO-ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO-DEMANDA INDUCIDA)

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, PRADO	TOLIMA	PRADO	3202000465	CARRERA 13 N 3A-78	URGENCIAS , PROCEDIMIENTOS MENORES, HOSPITALIZACIÓN (ESTANCIA , LABORATORIO, FARMACIA, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS E INSUMOS) CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, ATENCIÓN PYP, MÉDICO Y ENFERMERÍA, VACUNACIÓN, LABORATORIOS, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y TRASLADO

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA	TOLIMA	PURIFICACION	3182434216 3182097583	CARRERA 9 CALLE 7 ESQUINA BARRIO SANTA BARBARA	URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS MENORES , HOSPITALIZACIÓN (ESTANCIA, INTERCONSULTAS ESPECIALISTAS LABORATORIO E IMAGEN LOGIA , FARMACIA HOSPITALARIA E INSUMOS) TERAPIA RESPIRATORIA , PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y CONSULTA AMBULATORIA,: CONSULTA MEDICINA GENERAL

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SAN CARLOS DE SALDAÑA	TOLIMA	SALDAÑA	2266052-2667191	KILÓMETRO 1 VÍA PURIFICACIÓN	URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS MENORES, HOSPITALIZACIÓN (ESTANCIA, LABORATORIO, FARMACIA, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS E INSUMOS) CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, ATENCIÓN PYP, MÉDICO Y ENFERMERÍA, VACUNACIÓN, LABORATORIOS, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y TRASLADO.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL NUESTRA SEÑOR DE LOURDES	TOLIMA	ATACO	2240330	CRA 5 N° 4-39	URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS MENORES, HOSPITALIZACIÓN (ESTANCIA, LABORATORIO, FARMACIA, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS E INSUMOS) CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, ATENCIÓN PYP, MÉDICO Y ENFERMERÍA, VACUNACIÓN, LABORATORIOS, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y TRASLADO.

RISARALDA NIVEL I

URGENCIAS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SANTA ANA DE GUATICA	RISARALDA	GUATICA	3539093-3539358	CARRERA 5 NO. 14-58	URGENCIAS TRIAGE (I, II Y III), CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE DE USUARIOS A LA RED DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL NIVEL I, HOSPITALIZACIÓN NIVEL I, IMAGEN ELOGIA BÁSICA EN ODONTOLOGÍA, ATENCIONES DE ENFERMERÍA, CURACIONES, CAMBIOS DE SONDA.
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO	RISARALDA	MISTRATO	3526032-3526009	CRA 5 NO. 8-36	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PAI-SALUD ORAL -ATENCIÓN A LAS ALTERACIONES DEL ADULTO-PLANIFICACIÓN FAMILIAR EXCEPTO LA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPPIO Y LA VASECTOMÍA- ATENCIONES DEL PARTO - ATENCIONES DEL RECIÉN NACIDO -CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO- ALTERACIONES DEL JOVEN - CONTROL PRENATAL -CITOLOGÍA CERVICOUTERINA -TOMA DE AGUDEZA VISUAL-DEMANDA INDUCIDA, URGENCIA, HOSPITALIZACIÓN LABORATORIO BÁSICO VACUNACIÓN
EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SALUD PEREIRA	RISARALDA	PEREIRA	3515252 EXT 529	CRA 7 CON CALLE 40	URGENCIAS TRIAGE (I, II Y III), CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE DE USUARIOS A LA RED DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN, HOSPITALIZACIÓN NIVEL I, IMAGEN ELOGIA BÁSICA EN ODONTOLOGÍA, ATENCIONES DE ENFERMERÍA, CURACIONES, CAMBIOS DE SONDA
HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHIA	RISARALDA	QUINCHIA	3563360-3563145-3563146	CARRERA 9 NO. 1-90	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUIDOS EN ANEXO TÉCNICO; MEDICAMENTOS DE BAJA COMPLEJIDAD INCLUIDOS ANEXO TÉCNICO, CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC.
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARSELLA	RISARALDA	MARSELLA	3685025	CARRERA 14 NO. 16 - 20	URGENCIAS TRIAGE (I, II Y III), CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE DE USUARIOS A LA RED DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL NIVEL I, HOSPITALIZACIÓN NIVEL I, IMAGEN ELOGIA BÁSICA EN ODONTOLOGÍA, ATENCIONES DE ENFERMERÍA, CURACIONES, CAMBIOS DE SONDA

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	RISARALDA	PUEBLO RICO	3216363540 - 3216363550	KRA. 5 CALLE 4A ESQUINA	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PAI-SALUD ORAL -ATENCIÓN A LAS ALTERACIONES DEL ADULTO-PLANIFICACIÓN FAMILIAR EXCEPTO LA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO Y LA VASECTOMÍA- ATENCIONES DEL PARTO - ATENCIONES DEL RECIÉN NACIDO -CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO- ALTERACIONES DEL JOVEN - CONTROL PRENATAL -CITOLOGÍA CERVICOUTERINA -TOMA DE AGUDEZA VISUAL-DEMANDA INDUCIDA, URGENCIA, HOSPITALIZACIÓN LABORATORIO BÁSICO VACUNACIÓN
-------------------------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------------	--

META NIVEL I

URGENCIAS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SANTA ANA DE GUATICA	RISARALDA	GUATICA	3539093- 3539358	CARRERA 5 NO. 14-58	URGENCIAS TRIAGE (I, II Y III), CONSULTA POR MEDICINA GENERAL, REMISIÓN Y TRANSPORTE DE USUARIOS A LA RED DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, ODONTOLOGÍA GENERAL, LABORATORIOS DE NIVEL I DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS DERIVADOS DEL NIVEL I, HOSPITALIZACIÓN NIVEL I, IMAGEN ELOGIA BÁSICA EN ODONTOLOGÍA, ATENCIONES DE ENFERMERÍA, CURACIONES, CAMBIOS DE SONDA,

URGENCIAS MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD

HUILA

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
CLINICA UROS	HUILA	NEIVA	SERVICIOALCLIENTE@CLINICAUROS.COM PBX: (+57) 872 54 00 LÍNEA GRATUITA: 018000180627	CARRERA 6 NO. 16 – 35 QUIRINAL NEIVA – HUILA	URGENCIA, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO, UNIDAD DE CANCEROLOGÍA, UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO E INTENSIVO NEONATAL, PEDIÁTRICO Y DE ADULTOS, UNIDAD DE SALUD MENTAL, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO COMPLEMENTARIO.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	
E.S.E HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	HUILA	NEIVA	8715907-8714415	CALLE 9 N° 15-25	URGENCIAS, CONSULTA EXTERNAN ESPECIALIZADA, UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO E INTENSIVO NEONATAL, PEDIÁTRICO Y DE ADULTO, APOYO DIAGNÓSTICO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS TERAPÉUTICO, UNIDAD DE SALUD MENTAL, UNIDAD DE TRASPLANTE, UNIDAD RENAL, UNIDAD DE CANCEROLOGÍA, UNIDAD CARDIOVASCULAR, PROGRAMA ESPECIAL, IMAGENOLÓGIA, HOSPITALIZACIÓN, ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (VACUNACIÓN- ATENCIÓN DEL PARTO- ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO)

ATENCION DE URGENCIAS

BOGOTA Y CUNDINAMARCA

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
JUNICAL MEDICAL S.A.S	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	8330190-8329630	CARRERA 5 N° 20 A -37 - CARRERA 6 N° 20-115	URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA, UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO, INTENSIVO, UNIDAD DE CARDIOLOGÍA, MEDICINA NUCLEAR, SERVICIO DE AMBULANCIA, ENTRE OTROS.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	
HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA	CUNDINAMARCA	SOACHA	5922979-5753756-5753811	CARRERA 1 ESTE 31-58 SOACHA	URGENCIAS, RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS, LABORATORIO CLÍNICO, BANCO DE SANGRE, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

URGENCIAS DEPARTAMENTO DE RISARALDA

MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL	TOLIMA	ESPINAL	2482818-2482813	CALLE 4 N° 6-29	URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, LABORATORIO CLÍNICO, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO COMPLEMENTARIO

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
CLINICA AVIDANTI IBAGUE	TOLIMA	IBAGUE	2756030	AVENIDA 19 CARRERA 13 VIA CALAMBEO	URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA, HEMODINÁMICA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
CLINICA TOLIMA S.A	TOLIMA	IBAGUE	2708000- 2708006	CARRERA 1 N° 12-22 B	URGENCIAS HOSPITALIZACIÓN UCI ADULTOS Y NEONATAL ESTANCIA EN PISO, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL FEDERICO LLERAS	TOLIMA	IBAGUE	8671425	SEDE FRANCIA CALLE 33 N° 4 A050	URGENCIAS HOSPITALIZACIÓN UCI ADULTOS Y NEONATAL ESTANCIA EN PISO, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

URGENCIAS MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD IPS

RISARALDA

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCION	SERVICIOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	RISARALDA	PEREIRA	3335428 3336459	CARRERA 4 N° 24-88	URGENCIAS, SERVICIOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, LABORATORIO CLÍNICO, HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA, APOYO DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO COMPLEMENTARIO, UNIDAD DE CÁNCER, UCI
HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	RISARALDA	VIRGINIA	3683685-3682271- 3683605	CALLE 13 N° 11-49 BARRIO BALSILLAS	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL, CONSULTA DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 14 señala: " Cuando se trate de urgencia, no se requerirá de ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumple la función de gestión de servicios, en concordación con el literal b) del artículo 10 ibídem".

1.8 MECANISMOS DE ACCESO A SERVICIOS

URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

Cuando se presente una situación súbita de enfermedad o accidente y que ponga en peligro la vida del afiliado, este debe dirigirse a la Institución Prestadora de Servicios (IPS) más cercana sin importar si existe o no contrato con la EPSI y este debe ser atendido sin exigencia previa de autorización por parte de la IPS, en caso de que se derive a una hospitalización y/o remisión a un nivel de mayor complejidad, el servicio será garantizado por PIJAOS SALUD EPSI. Es importante aclarar que dichos trámites son realizados directamente entre la IPS y PIJAOS SALUD EPSI.

CONSULTA EXTERNA

Los servicios de baja complejidad (consulta por medicina general, odontología, laboratorio clínico, radiología y programas de promoción y prevención) son prestados directamente por la IPS primaria asignada al usuario en el momento de la afiliación; para acceder a estos servicios el usuario debe presentar el documento de identidad y el comprobante del pago de la cuota moderadora, cuando hay lugar a ello. Adicionalmente, cuando se requiera, le será solicitada la autorización respectiva.

Para acceder a los servicios de mediana o alta complejidad como consulta especializada, laboratorio clínico, apoyo terapéutico e imagenología entre otros, deben ser ordenados por el médico general u odontólogo a través de la remisión; exceptuando a los menores de 18 años quienes podrán acceder directamente a la valoración por pediatría y las mujeres embarazadas quienes acceden directamente a valoración por ginecoobstetricia y/o medicina familiar, y aquellos usuarios que continúen con atención por especialista.

MEDICAMENTOS

Cuando un profesional adscrito a PIJAOS SALUD EPSI le ordene insumos o medicamentos, el usuario debe acudir a cualquiera de las farmacias contratadas con la EPS, para la solicitud de medicamentos se requiere:

- Fórmula medica que cumpla con los criterios de prescripción acorde a lo descrito en el decreto 2200 de 2005.
- Documento de identidad del afiliado.
- Autorización respectiva, si se requiere.
- Cuota moderadora, si se requiere.

Recuerde que los medicamentos que le entrega Pijaos Salud EPSI, son aquellos prescritos por su médico en denominación común internacional (de marca o genéricos) siempre que estén autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA (Artículo 38 Resolución 2481 de 2020). Las fórmulas tienen una validez de 30 días a partir de su expedición o el tiempo que esté estipulado en la misma (por ejemplo, cuando la formulación es para 3 o 6 meses).

AUTORIZACIONES

Para el proceso de autorizaciones la entidad tiene establecido mecanismos presenciales y virtuales según sea la preferencia del usuario.

Para el proceso de autorizaciones la entidad tiene establecido los siguientes mecanismos:

OFICINAS DE ATENCIÓN PRESENCIAL Y PREFERENCIAL

La EPSI PIJAOS SALUD cuenta con oficinas para atención personalizada a los usuarios, y atención preferencial para 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 personas en condición de discapacidad; en las que pueden efectuar el trámite de autorización de servicios.

Al momento de la solicitud de la autorización recuerde presentar los siguientes documentos:

- Orden médica y/o remisión vigente.
- Historia clínica si se requiere.

La respuesta se dará según el tiempo establecido en la normatividad vigente, cinco (5) días

calendario para servicios electivos y dos (2) días calendario para servicios prioritarios.

CORREOS ELECTRÓNICOS

El correo electrónico es una alternativa que las IPS y usuarios que lo deseen pueden utilizar, remitiendo los soportes requeridos como imágenes adjuntas o el envío de los anexos a las diferentes áreas para su respectivo trámite. La EPSI cuenta con los siguientes correos para solicitud de autorizaciones según las regionales:

SEDE PRINCIPAL:

autorizaciones.tolima@pijaossalud.com.co

autorizaciones.portabilidad@pijaossalud.com.co

autorizaciones.contributivo@pijaossalud.com.co

autorizaciones.ibague@pijaossalud.com.co

SEDE META:

autorizaciones.meta@pijaossalud.com.co

SEDE RISARALDA:

autorizaciones.risaralda@pijaossalud.com.co



PREGUNTAS FRECUENTES:

¿QUÉ DEBO HACER SI NO PUEDO ASISTIR A UNA CITA PROGRAMADA?

ES MUY IMPORTANTE QUE CANCELE LA CITA A LA QUE NO PUEDE ASISTIR PARA DARLE LA OPORTUNIDAD A ALGUIEN MÁS QUE LA NECESITE.

SU CITA PUEDE SER CANCELADA MEDIANTE LLAMADA TELEFONICA A LA IPS DONDE SE LE IBA A PRESTAR EL SERVICIO.

¿Qué hago si estoy en una ciudad donde no hay red de Pijaos Salud EPS I y necesito atención de urgencias?

Si se trata de una urgencia vital, cualquier institución de salud (IPS) del país debe atenderle con la sola presentación del documento de identificación.

¿A dónde debo acudir si necesito atención como consecuencia de un accidente de tránsito?

Los accidentes de tránsito están cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) del o los vehículos involucrados en el accidente. Si necesita atención en salud como consecuencia de un accidente de tránsito, diríjase a la institución de salud (IPS) más cercana, con el certificado del SOAT y su documento de identificación; una vez los servicios utilizados excedan el tope de 800 S.M.D.L.V. por cada persona lesionada, Pijaos Salud EPSI continuara cubriendo los servicios requeridos por el usuario.

¿A dónde debo acudir en caso de un accidente de trabajo?

Si usted está afiliado a Pijaos Salud EPSI Contributivo y sufre un accidente laboral diríjase a la IPS de urgencias más cercana, dicha IPS se comunicará con la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) a la que usted se encuentre afiliado para la respectiva prestación del servicio.

1.9 SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA LOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO.

Si el profesional tratante, ordena un Servicio o tecnología no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), establecido para la vigencia 2022 en la Resolución 2292 de 2021. El profesional debe hacer uso de la plataforma MIPRES, la cual es una herramienta establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar a los usuarios del sistema de salud, los servicios complementarios y tecnologías en salud que no se encuentran con cargo a la UPC.

En el momento en que el profesional de la salud realiza la prescripción de los servicios y/o tecnologías no incluidas en el PBS, deberá entregarle al afiliado la fórmula médica que arroja la plataforma MIPRES, con su respectivo número de prescripción y la firma del profesional.

Posteriormente, la EPS le informará al usuario, el respectivo direccionamiento a la red prestadora que le suministrará el servicio y/o la tecnología prescrita por el profesional tratante.

Los tiempos estipulados para el direccionamiento de la prescripción, según la Resolución 2438 de 2018, depende del ámbito solicitado por el profesional, así:

- Ambulatorio No Priorizado: tiempo máximo de direccionamiento 5 días calendario.
- Ambulatorio Priorizado: tiempo máximo de direccionamiento 24 horas.

En el caso en que se ordenen servicios y/o tecnologías complementarias, de soporte nutricional o medicamentos de la lista de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios – UNIRS, el profesional de la salud deberá consultar la pertinencia de su prescripción a la Junta de Profesionales de la Salud establecida en la IPS donde se realiza la solicitud, quienes a su vez emitirán el concepto de la Junta, y deberán registrar la decisión en el aplicativo MIPRES dispuesto para tal fin.

Los tiempos de reporte de decisión de las Juntas de Profesionales, también dependen del ámbito al que corresponde, así:

- Prescripción ambulatoria priorizada, urgencias, internación institucional o domiciliaria: máximo 72 horas siguientes a la solicitud del profesional.
- Prescripción ambulatoria no priorizada: Dentro de los 5 días calendario siguientes a la solicitud del profesional de la salud.

Dentro de las funciones de PIJAOS SALUD EPSI, se establece el garantizar el acceso y suministro de los medicamentos, servicios y/o tecnologías prescritas por los profesionales de la salud por intermedio de la Red Prestadora y todos los procesos administrativos que este requiera para su cumplimiento.

De igual manera la EPS debe realizar la transcripción de los servicios y/o tecnologías ordenadas mediante fallos de tutela u órdenes Judiciales mediante el aplicativo MIPRES, así como garantizar el proceso de Transcripción de los Formatos de Contingencia reportados por los diferentes prestadores.

Señor usuario, recuerde que al momento de recibir las fórmulas MIPRES y/o actas de juntas de profesionales, estas deben estar debidamente firmadas.

1.10 TRANSPORTE Y ESTADÍA

Pijaos Salud EPSI se permite informar a los afiliados las condiciones y procedimientos para acceder al transporte y financiación de la estadía, cuando aplique, para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

TRANSPORTE

Resolución 2292 de 2021. Artículo 107. Traslado de pacientes:

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

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

2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrareferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliar si el médico así lo prescribe.

El trámite de solicitud del servicio lo realiza directamente la IPS que realiza la atención del usuario, ante la EPS- I:

CORREO ELECTRÓNICO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SEDE PRINCIPAL:

referencia@pijaossalud.com.co

Resolución 2292 de 2021. Artículo 108. Transporte del paciente ambulatorio:

*El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los **municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.***

Para acceder a dicho servicio, debe realizar la solicitud en las oficinas de la EPSI del municipio o enviando su solicitud al correo electrónico del área de atención al usuario de la EPSI:

CORREO ELECTRÓNICO SIAU SEDE PRINCIPAL:

siau.tolima@pijaossalud.com.co

Resolución 2292 de 2021. Artículo 109. Transporte de cadáveres:

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

ESTADIA

Pijaos Salud EPSI de acuerdo a su modelo de atención diferencial, brinda el servicio de estadía en HOGARES DE PASO, a pacientes indígenas del régimen subsidiado, que requieran servicios de salud en un lugar diferente del municipio de residencia. Adicionalmente, de acuerdo a la Resolución 1440 de 2013, se brinda el alojamiento de manera transitoria al menor de 18 años con presunción diagnóstica o diagnóstico confirmado de cáncer y a un familiar o acudiente quien será su acompañante, durante su diagnóstico y tratamiento.

Para acceder al servicio, es necesario realizar la solicitud en las oficinas de atención al usuario ubicadas en los diferentes municipios en donde tiene presencia la EPSI, enviando su solicitud al correo electrónico del área de atención al usuario o al área de referencia y contrareferencia de la EPSI:

CORREO ELECTRONICO SEDE PRINCIPAL:

referencia@pijaossalud.com.co
siau.tolima@pijaossalud.com.co

HOGAR DE PASO	CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONOS
FUNDACION AYUDAME A AYUDAR HOY POR TI	GRANADA	Cra 4A N° 14 A Casa 11 Barrio Villa Olímpica	3208183442
ITZAYANA S.A.S	BOGOTÁ	Calle 12 C - 17 Sur 98	3134562747 3202342655
	NEIVA	Calle 14 N° 30 - 63	3134562747 3202342655
	IBAGUÉ	Calle 44 Bis N° 2 – 62 Barrio Piedra Pintada Baja	3134562747 3202342655
	VILLAVICENCIO	Vereda Vanguardia	3134562747 3202342656
CASA DE PASO PEREIRA	PEREIRA	Cra 3 # 22-36 Barrio San Jorge	3448474

1.11 MUERTE DIGNA

DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE

Los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud cuentan con el derecho fundamental a morir con dignidad como parte de la vida digna.

Para mayor información, dirigirse al capítulo especial concerniente al derecho fundamental a morir dignamente ubicado en el capítulo 5 de la presente carta.

2. CAPITULO DE DERECHOS

Todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen o condición social o económica, tiene derecho a:

2.1 ATENCIÓN MÉDICA ACCESIBLE, IDÓNEA, DE CALIDAD Y EFICAZ

2.1.1 Acceder, en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que no estén expresamente excluidos del plan de beneficios financiados con la UPC.

2.1.2 Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para

determinar su condición de salud y orientar la adecuada decisión clínica.

2.1.3 Los derechos a acceder a un servicio de salud que requiera un niño, niña o adolescente para conservar su vida, su dignidad, su integridad, así como para su desarrollo armónico e integral, y su derecho fundamental a una muerte digna, están especialmente protegidos.

2.1.4 Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la EPS. Los pagos moderadores no pueden construir barreras al acceso a los servicios de salud.

2.1.5 Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece.

2.1.6 Agotar las posibilidades razonables de tratamiento para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad incluyendo el final de la vida, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizada para su ejercicio.

2.1.7 Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud disponible dentro de la red prestador, en caso de duda sobre su diagnóstico y/o manejo de su condición de salud.

2.1.8 Obtener autorización por parte de la EPS para una valoración científica y técnica, cuando tras un concepto médico, generado por un profesional de la salud externo a la red de la EPS y autorizado para ejercer, este considere que la persona requiere dicho servicio.

2.1.9 Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad, aun 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.

2.1.10 Acceder a los servicios y tecnologías de salud en forma continua y sin que sea interrumpido por razones administrativas o económicas.

2.1.11 Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso, el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite y tanto prestadores como aseguradores deben implementar mecanismos expeditos para que la autorización fluya sin contratiempos.

2.1.12 Acreditar su identidad mediante el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico. No deberá exigirse al afiliado, carne o, certificado de afiliación a la EPS para la prestación de los servicios, copias, fotocopias o autenticaciones de ningún momento.

2.1.13 Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente al de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por doce (12) meses, haciendo la solicitud ante su EPS.

2.1.14 Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad, así como a los elementos y principios previstos en el artículo 6º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

2.2 PROTECCIÓN A LA DIGNIDAD HUMANA

2.2.1 Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable, ni obligada a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

2.2.2 Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.

2.2.3 Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.

2.2.4 Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud asociados a la patología y la prohibición de que bajo ningún pretexto se deje de atender a la persona, ni puedan cobrársele copagos o cuotas moderadoras.

2.2.5 Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte

impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

2.3 A LA INFORMACIÓN

2.3.1 Recibir información sobre los canales formales para presentar peticiones, quejas, reclamos y/o denuncias y, en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna y de fondo.

2.3.2 Disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado sobre su condición, así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de estos y el pronóstico de su diagnóstico.

2.3.3 Recibir, en caso de que el paciente sea menor de 18 años, toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, sus padres, o en su defecto su representante legal o cuidador, para promover la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud. La información debe ser brindada teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra.

2.3.4 Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada, en los casos de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en las circunstancias despenalizadas por la Corte Constitucional, o de eutanasia; tal objeción, en caso de existir, debe estar en conocimiento de la IPS, con la debida antelación, y por escrito, de parte del médico tratante. El paciente tiene derecho a que sea gestionada la

continuidad de la atención inmediata y eficaz con un profesional no objetor.

2.3.5 Revisar y recibir información acerca de los costos de los servicios prestados.

2.3.6 Recibir de su EPS o de las autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, la gestión necesaria para: (i) obtener la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos; (ii) recibir por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio; (iii) conocer específicamente cual es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista; y, (iv) recibir acompañamiento durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de seguridad el goce efectivo de sus derechos.

2.3.7 Recibir del prestador de servicios de salud, por escrito, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando excepcionalmente se presente dicha situación.

2.3.8 Recibir información y ser convocado individual o colectivamente, a los procesos de participación directa y efectiva para la toma de decisión relacionada con la ampliación progresiva y exclusiones de las prestaciones de salud de que trata el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, conforme al procedimiento técnico científico y participativo establecido para el efecto por este Ministerio.

2.3.9 Solicitar copia de su historia clínica y que esta le sea entregada en un término máximo de cinco (5) días calendario o remitida por medios electrónicos si así lo autoriza el usuario, caso en el cual el envío será gratuito.



2.4 A LA AUTODETERMINACIÓN, CONSENTIMIENTO Y LIBRE ESCOGENCIA

2.4.1 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.

2.4.2 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.

2.4.3 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. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.

2.4.4 A que los representantes legales del paciente mayor de edad, en caso de inconsciencia o incapacidad para decidir, consientan, disientan o rechacen procedimientos o tratamientos. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.

2.4.5 A que, en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconsciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor.

2.4.6 Al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y de atenciones inseguras.

2.4.7 Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado de manera clara y detallada acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

2.4.8 Ser respetado en su voluntad de oponerse a la presunción legal de donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otras personas. Para tal fin, de conformidad con el artículo 4º de la Ley 1805 de 2016, toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante notario público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud – INS. También podrá oponerse al momento de la afiliación a la EPS, la cual estará obligada a informar al INS.

2.4.9 Cambiar de régimen, ya sea del subsidiado al contributivo o viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS y sin que exista interrupción en la afiliación, cuando pertenezca a los niveles 1 y 2 del SISBEN o las poblaciones especiales contempladas en el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

2.5 A LA CONFIDENCIALIDAD

2.5.1 A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.

2.5.2 A que, en caso de ser adolescentes, esto es, personas entre 12 y 18 años, deba reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

2.6 A LA ASISTENCIA RELIGIOSA

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

3. CAPÍTULO DE DEBERES

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

3.2 Atender oportunamente las recomendaciones formulada por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3.3 Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

3.4 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.

3.5 Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los recursos de este.

3.6 Cumplir las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.7 Actuar de buena fe frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.8 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.

3.9 Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.



4. CAPÍTULO DE INSTITUCIONES Y RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS

4.1 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE CONTACTO DISPONIBLES LAS 24 HORAS DURANTE LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA POR PARTE DE PIJAOS SALUD EPSI

Pijaos Salud EPSI cuenta con servicios administrativos, para que sus afiliados estén en contacto las 24 horas a través de los siguientes medios:

PAGINA WEB:
www.pijaossalud.com

LÍNEA NACIONAL:
018000186754

CELULARES:
DISPONIBLE 24/7 3102133504
SIAU 3112081089

CONMUTADOR:
(098) 2809086 - 2809087 -2809088
- 2809089 - 2809090 -2809091

E-MAIL:
referencia@pijaossalud.com.co

DIRECCION OFICINA PRINCIPAL:
CRA 8A Nª 16 – 85 BARRIO
INTERLAKEN
IBAGUE, TOLIMA

Además, contamos con 22 oficinas de atención al usuario en el país, estas se encuentran ubicadas en cada uno de los municipios de influencia de la EPSI:

TOLIMA		
MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
ATACO	CARRERA 5 #4-52 BARRIO CENTRO	3147602166
SANTIAGO PEREZ	CR5 6-21 BARRIO CENTRO	3009124719 Ext 0025
CHAPARRAL	TRANSVERSAL 6 # 9-56 VIA PEATONAL	3147598366
COYAIMA	CRA 6 N°4-47 BARRIO LA LOMA	3147597105
GAITANIA	BARRIO LA ESPERANZA CASA DE CABILDO	3147599644
HERRERA	CALLE 3 PRINCIPAL	3147600946
IBAGUE	CRA 8 A N° 16 - 85 BARRIO INTERLAKEN	2809090 – 2809091 – 018000186754
NATAGAIMA	CLL 7 # 4-29 BARRIO CENTRO	3232325943
ORTEGA	CRA 4.N 3-89.BARRIO EL PRADO	3147595879
PLANADAS	CARRERA 5 - 9- 24 BARRIO AEROPUERTO	3147598410
PRADO	CALLE 12 NO 3-78 BARRIO DIVISO	3147603403
PURIFICACION	CARRERA 9 N 9-04 BARRIO CAICEDO Y FLÓREZ	3147604700
RIOBLANCO	CALLE 3 N 03, BARRIO LAS BRISAS	3147599665
SALDAÑA	CALLE 11 # 9C- 77 BARRIO JARDÍN	3147603470
SAN ANTONIO	CALLE 6 NO. 3-51 BARRIO CENTRO	3147598402
RISARALDA		
GUATICA	CRA 5 N. 11-76	3147605974
MARSELLA	CARRERA 15 CALLE 9	3147605982
MISTRATO	CRA 6 # 5-38 BARRIO LA PLAZA PRINCIPAL	3147605958
PEREIRA	CALLE 24 # 4-17 BARRIO SAN JORGE	3455547 – 3455788 – 3212361798
PUEBLO RICO	CALLE 4 # 4-52 BARRIO LA CUCHILLA	3147605936
QUINCHIA	CRA 6 #4-29 BARRIO LA PLAZUELA	3147604717
META		
PUERTO GAITAN	CALLE 9 # 7 - 56 BARRIO EL TRIUNFO	24/7 3214691913 SIAU 3147607221

4.2 GARANTÍA DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS AUTORIZADOS

Se indica a nuestros afiliados y pacientes que Pijaos Salud EPSI debe garantizar los servicios y tecnologías autorizados por la autoridad competente y según pertinencia médica, salvo lo que estén expresamente excluidos.

4.3 ACUDIR A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Los usuarios afiliados a Pijaos Salud EPSI cuentan con la posibilidad de acudir a la Superintendencia Nacional de Salud cuando se presenten conflictos relacionados con la cobertura del plan de beneficios, el reconocimiento económico de gastos por parte de la persona afiliada, multifiliación, libre elección y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como a la Defensoría del Pueblo y a las Veedurías.

4.4 LIBRE ELECCIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD Y TRASLADO DE EPS

LIBRE ELECCION DE IPS

Los afiliados a Pijaos Salud EPSI tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado tienen derecho a escoger, dentro de la red contratada por la EPSI, la IPS de su preferencia en donde quieren ser atendidos para hacer uso de este derecho; debe manifestar oportunamente a la EPSI el prestador elegido por usted dentro de la red contratada.

TRASLADO DE EPS

¿CÓMO AFILIARME AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LA EPSI?

De acuerdo a lo estipulado en la normatividad y a la naturaleza de la EPS nuestra entidad puede realizar procesos de afiliación de carácter individual o colectivo:

AFILIACIONES Y TRASLADOS COLECTIVOS

En cumplimiento de lo estipulado en la ley 691 de 2001, el acuerdo 326 de 2005 y el decreto 4127 de 2005, por parte de la comunidad se realizará:

- Asamblea comunitaria que tendrá carácter de acto público.
- Acta de la asamblea comunitaria firmada por las autoridades tradicionales.
- Censo de la comunidad indígena.
- Oficio a la entidad territorial con copia a la EPSI donde se manifiesta la voluntad y decisión de la comunidad.

AFILIACIONES Y TRASLADOS INDIVIDUALES

En cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 2353 de 2015 y el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y el derecho a la libre elección, las personas que cumplan los requisitos estipulados en la normatividad vigente y no cuenten con afiliación al SGSSS o estén afiliados en otra entidad y cumplan con el tiempo mínimo de permanencia deberán:

- Diligenciar el formulario único de afiliación, novedades y traslados estipulado en la resolución 974 de 2016.
- Anexar copia del documento de identidad y

de los integrantes del núcleo familiar.

- Por parte de la EPSI se realizará la explicación al afiliado de sus deberes, derechos, red de servicios y se entregará la carta de derechos, deberes y desempeño de la EPSI.
- Adicionalmente se podrá realizar el proceso de afiliación y traslados a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), ingresando por la dirección www.miseguridadsocial.gov.co, donde se realizara la creación de un usuario y los demás pasos ahí descritos:

• **CREACIÓN DE USUARIO:**
(<https://www.youtube.com/watch?v=YeFYsAJvg5c>)

• **TRASLADO POR SAT**
(<https://www.youtube.com/watch?v=8JH76MYWtvM>)

PORTABILIDAD

De acuerdo a lo estipulado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 en su Título 12, un afiliado que fije su lugar de residencia en un lugar diferente al que habitualmente recibe los servicios de salud podrá solicitar la portabilidad de acuerdo con los siguientes tipos de emigración:

- **Ocasional:** No mayor a un mes, no se necesita informar a la EPSI se garantizan servicios de urgencias y servicios adicionales que se requieran con cargo a la EPSI.
- **Temporal:** Superior a un mes e inferior a 12 meses, afiliado informa a la EPSI a través de medios físicos o digitales (página web / correo electrónico) del cambio de Municipio y la EPSI en un término de 10 días hábiles informa al usuario sobre la IPS

que garantizara sus servicios de salud.

- **Permanente:** Superior a 12 meses, en este caso se considera permanente o definitiva y el afiliado podrá solicitar su traslado a una EPS que opere en su municipio de residencia.

Puede reportar la portabilidad a través del enlace:

<http://www.pijaossalud.com/afiliados/portabilidad/>
o al correo portabilidad@pijaossalud.com.co

MOVILIDAD

De acuerdo a lo estipulado en el decreto único reglamentario 780 de 2016 en su título 7 un afiliado podrá realizar movilidad ascendente al régimen contributivo cuando cotice como trabajador dependiente o independiente al SGSSS y descendente al régimen subsidiado cuando termine su vínculo laboral con solución de continuidad en el aseguramiento y sin interrupción en la prestación de servicios para lo cual se deberá:

- Estar en régimen subsidiado en la PIJAOS SALUD EPSI.
- Diligenciar el formulario único de afiliación, novedades y traslados estipulado en la resolución 974 de 2016.
- Anexar a la movilidad a todos los integrantes del núcleo familiar
- Diligenciar el formato de manera libre y voluntaria para efectuar movilidad descendente.
- En caso de ser trabajador dependiente anexar documentos de la empresa (Rut, cámara de comercio, documento representante legal y formato de creación de empresa).

Puede reportar la movilidad a través del enlace:

<http://www.pijaossalud.com/afiliados/movilidad>
/ o al correo movilidad@pijaossalud.com.co

AFILIACIÓN RECIÉN NACIDOS

De acuerdo a lo estipulado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 en su Artículo 2.1.3.10 todo recién nacido quedara afiliado al sistema desde su nacimiento a la EPS donde se encuentre su madre para lo cual presentara el Certificado de Nacido Vivo o el Registro Civil de Nacimiento.

En el caso de que se realice la afiliación del recién nacido con el certificado de nacido vivo los padres deberán aportar en los tres meses siguientes el Registro Civil de Nacimiento.

4.5 ENTIDADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE LA EPS Y SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Las siguientes son las entidades que tienen facultades de inspección, vigilancia y control sobre las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y sobre los prestadores de servicios de salud:

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	PAGINA WEB
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	Carrera 68A N°. 24B - 10, Torre 3, Piso 4, 9 y 10 Edificio Plaza Claro - Bogotá, Colombia	PBX: (57) (1) 744 2000 Línea Gratuita Nacional: 01 8000 513 700 Fax: (57) (1) 744 2000 opción 4	https://www.supersalud.gov.co/es-co
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	Carrera 13 No. 32-76 piso 1 - Bogotá, Colombia	Conmutador: +57(1) 330 5000 - Central de fax: +57(1) 330 5050	https://www.minsalud.gov.co/
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	Carrera 69 No 44 - 35 -	PBX:(57) 518 7000	https://www.contraloria.gov.co/

	Bogotá, Colombia	FAX:(57) 518 7001	
PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION	Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia	PBX: +57 1 587 8750, línea gratuita nacional: 01 8000 940 808	https://www.procuraduria.gov.co/portal/
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA	Cra. 3a Calle 10, Piso 6 - Ibagué, Tolima	(57-8) 2611111, 2637475 Atención 24 horas FAX: (57-8) 2636508	http://www.saludtolima.gov.co/
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE RISARALDA	Calle 19 No 13-17 - Pereira, Risaralda	Línea Transparencia: 018000-916078 Líneas Locales: (57) (6) 3398300	https://www.risaralda.gov.co/salud/
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL META	Calle 37 Número 41-80 Barzal Villavicencio	Teléfono: 6610555, 6620157, 6620140, 6620129 Línea de atención gratuita: 01800018740 8	http://www.saludmeta.gov.co/
DEFENSORIA DEL PUEBLO	Cra. 9 No 16-21- Bogotá	Teléfono PBX: (57) (1) 314 73 00	https://www.defensoria.gov.co/

4.6 ORGANIZACIONES DE CARÁCTER CIUDADANO Y COMUNITARIO PARA EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS Y MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EN LAS MISMAS

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 24 de la Ley 691 de 2001, las autoridades tradicionales de los pueblos indígenas harán parte de la red de controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud quienes ejecutarán acciones de inspección, vigilancia y control.

Cualquier afiliado de Pijaos Salud EPSI, puede acudir a la Defensoría del Pueblo, Personería Municipal, veedurías ciudadanas y autoridades indígenas.

Por otro lado, también existe como mecanismo de participación social en salud las Asociaciones de Usuarios.

Pijaos Salud EPS – I cuenta con asociaciones de usuarios conformadas en los municipios de influencia en los departamentos de Tolima, Risaralda y Meta, las cuales se reúnen mensualmente para capacitarse.

Los integrantes de las mismas identifican problemas, necesidades, prioridades y formulan sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. Como afiliado usted cuenta con los siguientes mecanismos para exigir el cumplimiento de los derechos frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- Página Web: www.pijaossalud.com
- Línea de atención nacional: 018000186754
- Líneas telefónicas de nuestras oficinas municipales
- Atenciones personalizadas en los puntos de atención al usuario informadas en la página 59.
- Asociación de Usuarios conformadas y que puede consultar en el link de nuestra página web <https://www.pijaossalud.com/asociacion-de-usuarios-3/>.

4.7 USO DE MECANISMOS DE PROTECCIÓN

Las personas afiliadas a Pijaos Salud EPSI podrán hacer uso de los siguientes mecanismos de control:

- a) Presentar **DERECHOS DE PETICIÓN** en los términos de la Ley 1755 de 2015, incorporada a la Ley 1437 de 2011, o a la norma que la sustituya, tanto a la EPS como a la IPS y a las demás entidades del sector salud. Este derecho incluye el de pedir información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo.
- b) El derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formule cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable de acuerdo con lo previsto en el artículo

20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1º de la Ley 1755 de 2015.

- c) El recurso judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019 y la práctica de medidas cautelares.



5. CAPITULO DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE

5.1 GENERALIDADES

La Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente contiene el presente capítulo especial concerniente al derecho fundamental a morir dignamente donde se describe así:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones para la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia como forma de ejercer el derecho a morir con dignidad e impartir directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones aquí previstas se aplicarán a:

2.1. El talento humano en salud y personal médico.

2.2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS.

2.3. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB.

2.4. Los ciudadanos colombianos, y a las personas extranjeras domiciliadas en el país. Parágrafo. Para el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de eutanasia por parte de personas extranjeras, se requiere contar con domicilio ininterrumpido en el territorio colombiano de un (1) año.

5.1.1 GLOSARIO

Artículo 3. Definiciones. Para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

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

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

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

c. Consentimiento Informado.

Aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar un acto asistencial.

Para tal fin, la persona deberá entender la naturaleza de la decisión tras recibir información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. El consentimiento informado se da en el momento de realización del procedimiento eutanásico, y se da como resultado de un proceso de comunicación, donde el médico y el equipo interdisciplinario han dado información clara objetiva, idónea y oportuna sobre la enfermedad o condición, estadio clínico y pronóstico, así como del proceso de la solicitud y del procedimiento a realizarse, a la persona que expresa la solicitud, así como de su derecho a desistir de la misma.

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

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

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

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

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

i. Solicitud de eutanasia. Expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente que desea adelantar el momento de muerte al encontrarse frente a sufrimiento provocado por una condición clínica de fin de vida. La solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. El documento de voluntad anticipada se considera una forma válida de expresión de la solicitud de eutanasia.

5.1.2 PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

Pijaos Salud EPSI informa a sus afiliados el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad para mayores de edad a través de la eutanasia, establecido en la Resolución 971 de 2021 a continuación:

Artículo 4. Criterios de la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad. Son criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia la prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad.

Artículo 5. Desistimiento de la solicitud para morir con dignidad. En cualquier

momento del proceso de atención y trámite de una solicitud de eutanasia, la persona podrá desistir de la misma y optar por otras alternativas del cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo y la adecuación de los esfuerzos terapéuticos.

CAPÍTULO II DE LA ATENCIÓN Y TRÁMITE DE LA SOLICITUD DE EUTANASIA

Artículo 6. Sobre la solicitud de eutanasia. La solicitud de eutanasia debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. Puede ser expresada de manera directa por el paciente por medio de una declaración verbal o escrita, y de manera indirecta a través de un Documento de Voluntad Anticipada - DVA, en los términos de la normativa vigente al momento de su suscripción.

Artículo 7. Requisitos mínimos para expresar la solicitud. Son requisitos mínimos para expresar una solicitud:

- (i) La presencia de una condición clínica de fin de vida, esto es, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, o agonía,
- (ii) presentar sufrimiento secundario a esta,
- (iii) estar en condiciones de expresar la solicitud de manera directa.

La solicitud expresada de manera indirecta a través de un DVA tiene como requisito mínimo estar debidamente formalizado en los términos de la normativa vigente al momento de su suscripción.

Parágrafo. En caso de que el médico tenga dudas sobre cualquiera de los requisitos mínimos antes referidos debe activar el Comité para que adelante las verificaciones pertinentes.

Artículo 8. Recepción de la solicitud. El médico que reciba la solicitud es el primer responsable del reporte de información de que trata el artículo 18 de esta resolución, por lo que, frente a la recepción de la solicitud, el médico deberá:

8.1. Revisar que sea voluntaria, informada e inequívoca.

8.2. Revisar las condiciones mínimas previstas en el artículo 7 de esta resolución e informar al paciente sobre el proceso a seguir como se establece el artículo 9 del presente acto administrativo.

8.3. Registrar la solicitud en la historia clínica desde el mismo momento en que es expresada por el paciente.

8.4. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas y activar el Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, a través de eutanasia, en caso de que se cumplan las condiciones antes señaladas.

También la recepción de una solicitud por medio de un DVA se debe reportar dentro de las primeras veinticuatro (24) horas, activar el Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, a través de eutanasia, y brindar la información conforme a lo dispuesto en el artículo 10 del presente acto administrativo.

Parágrafo. Todos los médicos son competentes para recibir una solicitud de eutanasia, este acto asistencial no está limitado, ni es exclusivo de los médicos tratantes o de la especialidad del diagnóstico que motiva la condición de final de la vida. La recepción de la solicitud activa un proceso asistencial que lleva a evaluaciones y verificaciones por las partes respectivas a las valoraciones que determinan el cumplimiento de las condiciones establecidas por la sentencia e 239 de 1997.

Artículo 9. Información al paciente que solicita eutanasia. Una vez el médico ha identificado los requisitos mínimos de los que trata el artículo 7 de esta resolución, deberá:

9.1. Informar al paciente que expresa la solicitud sobre:

9.1.1. Derecho a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos.

9.1.2. Derecho a recibir atención por cuidados paliativos.

9.1.3. Derecho a desistir de la solicitud en cualquier momento.

9.1.4. Proceso de activación del Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia y que le corresponde a este verificar el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia que se describen en el artículo 14 del presente acto administrativo.

9.2. En caso de que la solicitud del paciente persista tras recibir la información, se deberá indicar cuál es el proceso asistencial de las evaluaciones y valoraciones para dar curso a su solicitud y que determinarán:

9.2.1. Capacidad y competencia mental.

9.2.2. Evaluación del sufrimiento.

9.2.3. Presencia de enfermedad terminal.

9.2.4. Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas.

Parágrafo. La razonabilidad de los tratamientos depende de los principios de proporcionalidad, doble efecto y consecuencias de estos para la persona y lo que considera calidad de vida y dignidad en su condición clínica. La identificación de alternativas razonables debe tener en cuenta la posibilidad del rechazo terapéutico y la posible futilidad de medios, procedimientos o tratamientos

Artículo 10. Información sobre a la solicitud de eutanasia a través de un Documento de Voluntad Anticipada - DVA. El médico que ha recibido una solicitud por medio de un DVA deberá informar sobre:

10.1. El derecho a recibir atención por cuidados paliativos.

10.2. A la adecuación de los esfuerzos terapéuticos

10.3. El proceso de activación del Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia.

10.4. El proceso clínico de las evaluaciones y valoraciones que determinarán:

10.4.1. La validez jurídica del documento para la solicitud de eutanasia.

10.4.2. Evaluación del sufrimiento.

10.4.3. Presencia de enfermedad terminal.

10.4.4. Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento.

10.4.5. Recepción de cuidados paliativos.

Artículo 11. Incumplimiento de condiciones mínimas para el procesamiento de la solicitud. El comité no se activará en los siguientes casos: (i) ante la imposibilidad de expresar la solicitud de manera libre e informada en ausencia de un OVA (ii) cuando la solicitud sea por medio de un tercero en ausencia de un OVA, (iii) la ausencia de información concreta sobre el ejercicio de derechos al final de la vida o (iv) el desistimiento de la solicitud tras ser informado de acuerdo con lo establecido por el artículo 8 del presente acto administrativo.

Artículo 12. Petición de segunda opinión por parte del paciente. El paciente que no esté de acuerdo con la razón de no activación del Comité puede requerir una segunda opinión expresando la solicitud a otro médico. En caso de recibir un nuevo concepto de no activación podrá dirigir su solicitud de manera directa al Comité Científico interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de eutanasia.

Artículo 13. Valoraciones, evaluaciones y verificación de condiciones. Las valoraciones. Evaluaciones y la verificación de condiciones deben darse dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la expresión de la solicitud.

Las evaluaciones y valoraciones para dar trámite a la solicitud incluyen la determinación de la capacidad y competencia mental, la evaluación del sufrimiento, la presencia de enfermedad terminal y la inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas.

Todas las actuaciones relacionadas con el manejo de la solicitud, evaluaciones, valoraciones y conceptos derivados de dicho trámite serán registradas en la historia clínica del paciente y esta documentación será remitida al Comité Interdisciplinario para ser usada en el proceso de verificación.

Parágrafo 1. No se realizará evaluación de la capacidad mental ante una solicitud por medio de un OVA en tanto que, al momento de suscribirlo, el paciente ha realizado la declaración concreta y específica que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y que está informado de las implicaciones de su declaración.

Parágrafo 2. En caso de registro en el DVA de rechazo o desistimiento específico, claro, expreso e inequívoco sobre la recepción de cuidados paliativos, esta valoración no tendrá que ser incluida.

Artículo 14. Trámite de revisión de la solicitud. Realizadas las evaluaciones y valoraciones el Comité deberá verificar la existencia de las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico a saber, (i) presencia de enfermedad terminal, (ii) sufrimiento secundario a la enfermedad terminal, (iii) capacidad y competencia mental, (iv) inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad que provoca la condición de enfermedad terminal o del alivio de síntomas, (v) recepción de cuidados paliativos. Si estas se cumplen

informará a la persona la decisión y, se preguntará al paciente, si reitera su decisión.

En el evento de que el paciente reitera su decisión, el Comité autorizará el procedimiento y éste será programado en la fecha que la persona indique, el paciente tiene un máximo de quince (15) días calendario después de reiterada su decisión para programar el procedimiento eutanásico.

Para la realización del procedimiento eutanásico, se requiere el consentimiento informado del paciente, el cual se solicita en cumplimiento al criterio de prevalencia de la autonomía del paciente. Quienes han tramitado la solicitud por medio de un OVA, tal documento se entiende como la reiteración de la solicitud.

El procedimiento eutanásico tiene carácter gratuito y, en consecuencia, no podrá ser facturado.

Parágrafo 1. Un DVA que no esté adecuadamente formalizado o cuyo contenido le hace carecer de validez jurídica, de acuerdo con la normatividad vigente para tal fin, no debe ser tramitado.

Parágrafo 2. En un DVA la competencia para expresar la solicitud y dar el consentimiento se verificará en la indicación donde se manifieste que, al momento de suscribirlo, el paciente se encontraba en pleno uso de sus facultades mentales y libres de toda coacción, informado de las implicaciones de la declaración.

Artículo 15. Petición de segunda opinión por parte del paciente cuando la respuesta del Comité es el no cumplimiento. El paciente que reciba una respuesta de no cumplimiento al trámite de su solicitud podrá requerir una segunda opinión de un Comité conformado por integrantes diferentes a los que sesionaron previamente.

Artículo 16. De la eventual objeción de conciencia. La objeción de conciencia debe ser expresada de manera previa al

conocimiento de la solicitud y solo puede ser alegada por el médico que tiene el deber de realizar el procedimiento eutanásico.

La objeción de conciencia no puede ser alegada por las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida o que se encuentran atendiendo los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes. Tampoco puede alegarse por las instituciones prestadoras de salud.

CAPÍTULO III REPORTE DE LAS SOLICITUDES DE EJERCICIO DEL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD A TRAVÉS DE LA EUTANASIA

Artículo 17. Reporte de las solicitudes de eutanasia. El prestador de servicios de salud, a través de los médicos que reciben la solicitud y del Comité debe reportar a este Ministerio, mediante el Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia, la información de la solicitud de eutanasia contenida en el Anexo Técnico que hace parte de la presente resolución. El reporte se hará en tres momentos así:

1. Reporte de la recepción por el médico (a) que recibe la solicitud
2. Reporte del Comité, cuando recibe la solicitud por parte del médico.
3. Reporte que actualiza el estado de la solicitud por parte del Comité, cuando da respuesta al paciente, tras la verificación del cumplimiento de requisitos para ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.

Artículo 18. Reporte de recepción de la solicitud por el médico. El primer reporte de la solicitud de eutanasia lo realizará el médico, como persona natural, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas tras la recepción de la solicitud registrando los datos de identificación y datos de la solicitud definidos en los campos 1 al 21 del

Anexo Técnico que hace parte del presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Las solicitudes presentadas ante una instancia administrativa de la IPS en la cual es atendida la persona deberán ser tramitadas de manera inmediata ante el médico que se designe para tal fin, quien realizará el reporte de la solicitud tras adelantar el proceso de información del que tratan los artículos 9 o 10 del presente acto administrativo.

Parágrafo 2. En el caso de que una solicitud sea presentada a una instancia administrativa de la EAPB, se debe tramitar la solicitud de manera inmediata ante una IPS de su red y esta deberá seguir lo previsto en el parágrafo 1 de este artículo.

Artículo 19. Reporte de recepción y trámite por el Comité. El Comité reportará la fecha en que es notificado de la solicitud de eutanasia, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su recibo, de acuerdo con el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud de eutanasia, el Comité deberá actualizar el estado de la revisión de la solicitud, tras la verificación del cumplimiento de condiciones para ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, diligenciando la parte pertinente del anexo técnico.

El reporte de la solicitud no reemplaza ni exime de la notificación de las circunstancias que rodean el proceso asistencial de trámite y verificación, así como de la realización del procedimiento eutanásico. El cual se hará teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el artículo 20 de esta resolución.

Parágrafo. El Comité deberá reportar, en el anexo técnico que hace parte de esta resolución, el desistimiento por parte del paciente o su fallecimiento, en cualquier momento del proceso y con ello se dará por cerrado el caso.

Artículo 20. Reporte del trámite verificación y realización del procedimiento eutanásico. El Comité deberá enviar un documento al Ministerio de Salud y Protección Social reportando todos los hechos y condiciones que rodearon el trámite y procedimiento, en un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguiente a la realización del procedimiento. Dicho reporte debe incluir todas las actuaciones relacionadas con el manejo de la solicitud, evaluaciones, valoraciones y conceptos relacionados con dicho trámite y con el procedimiento eutanásico, además de la información que el Comité considere pertinente.

Artículo 21. Incumplimiento del reporte. Ante el incumplimiento del reporte por parte del personal médico, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS o las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB, este Ministerio realizará los traslados pertinentes a la Superintendencia Nacional de Salud para que en cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, adopte las medidas necesarias para verificar la correcta implementación de la regulación sobre el derecho fundamental a morir dignamente a través de la eutanasia.

Artículo 22. Revisión y uso de la información de la solicitud reportada. El Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, realizará la revisión, análisis de los datos recibidos, teniendo en cuenta los datos generados por cada momento del reporte con fines estadísticos, de gestión del conocimiento, seguimiento a la solicitud y demás funciones propias de este Comité.

La Secretaría Técnica del Comité del Ministerio en cumplimiento de las funciones de apoyo técnico y gestión de la información que le corresponde, debe revisar cada 15 días calendario, teniendo en cuenta los datos generados en cada momento de reporte, las variables establecidas en el anexo técnico de la

presente resolución, a través del Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia.

Artículo 23. Solicitud de información adicional. La solicitud de información adicional a los actores que aplica la presente resolución podrá realizarse en cualquier momento del reporte y revisión de la solicitud por parte de la Secretaría Técnica del Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, a través de la eutanasia; de la misma manera que durante la revisión del caso en el cual se reporta la realización del procedimiento eutanásico.

5.2 DERECHOS DEL PACIENTE EN LO CONCERNIENTE A MORIR DIGNAMENTE

Además de los derechos mencionados en el numeral 4.2, todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen y condición social o económica, en lo concerniente a morir dignamente, tiene derecho a:

5.2.1 Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.

5.2.2 Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas, que puedan generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.

5.2.3 Recibir toda la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y oportuno con el objetivo de aliviar los

síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal.

5.2.4 Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y como estas no son excluyentes. El médico tratante, o de ser necesario el equipo médico interdisciplinario, debe brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que se tomen las decisiones de acuerdo con la voluntad del paciente y su mejor interés y no sobre el interés individual de terceros o del equipo médico.

5.2.5 Estar enterado de su diagnóstico o condición y de los resultados de estar en el proceso de muerte, así como de su pronóstico de vida. El paciente podrá negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse.

5.2.6 Recibir información clara, detallada, franca, completa y comprensible respecto a su tratamiento y las alternativas terapéuticas, así como sobre su plan de cuidados y objetivos terapéuticos de las intervenciones paliativas al final de la vida. También le será informado acerca de su derecho a negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse la misma.

5.2.7 Solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a que se apliquen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que sean fútiles o desproporcionados en su condición y que puedan resultar en obstinación terapéutica.

5.2.8 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.

5.2.9 Ser respetado en su derecho al libre desarrollo de la personalidad cuando, tras recibir información, decide de forma libre rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y/o tratamientos.

5.2.10 Ser respetado en su voluntad de solicitar el procedimiento eutanásico como forma de muerte digna.

5.2.11 A que le sea garantizado el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, una vez ha expresado de forma libre, inequívoca e informada esta voluntad y a ser evaluado para confirmar que esta decisión no es resultado de la falta de acceso al adecuado alivio sintomático.

5.2.12 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.

5.2.13 Que se garantice la celeridad y oportunidad en el trámite para acceder al procedimiento de eutanasia, sin que se impongan barreras administrativas y burocráticas que alejen al paciente del goce efectivo del derecho, y sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, busca evitar.

5.2.14 Recibir por parte de los profesionales de la salud, los representantes y miembros de las EPS e IPS una atención imparcial y neutral frente a la aplicación de los procedimientos y procesos asistenciales orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través del procedimiento eutanásico.

5.2.15 Ser informado sobre la existencia de objeción de conciencia del médico tratante o quien haya sido designado para la realización del procedimiento eutanásico, en caso de que existiera, para evitar que los profesionales de la salud sobrepongan sus

posiciones personales ya sean de contenido ético, moral o religioso y que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.

5.2.16 A que la IPS donde está recibiendo la atención, con apoyo de la EPS en caso de ser necesario, garantice el acceso inmediato a la eutanasia cuando el médico designado para el procedimiento sea objetor de conciencia.

5.2.17 Recibir ayuda o el apoyo psicológico, médico y social para el paciente y su familia, que permita un proceso de duelo apropiado. La atención y su acompañamiento no deben 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.

5.2.18 Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada, según lo establecido en la Resolución 2665 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya donde exprese sus preferencias al final de la vida y de 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.

5.2.19 Que en caso de inconsciencia o incapacidad para decidir al final de la vida y de no contar con un documento de voluntad anticipada, su representante legal consienta, disienta o rechace medidas, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que resulten desproporcionados o que vayan en contra del mejor interés del paciente.

5.2.20 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.

5.2.21 Expresar sus preferencias sobre el sitio de donde desea fallecer y a que sea respetada su voluntad sobre los ritos espirituales que haya solicitado.

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

5.3 DEBERES DEL PACIENTE EN LO CONCERNIENTE A MORIR DIGNAMENTE

5.3.1 Informar al médico tratante y al personal de la salud en general, sobre la existencia de un documento u otra prueba existente de voluntad anticipada.

5.3.2 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

A continuación, damos a conocer los resultados que reflejan la calidad de nuestra EPSI e IPS.

1. INDICADORES DE CALIDAD DE LA EPS

A continuación, presentamos el resultado de la última publicación realizada por Ministerio de Salud y Protección Social, relacionada con los indicadores de la Resolución 0256 de 2016, para EPS correspondientes a los dominios de Efectividad, Gestión del Riesgo y Experiencia en la Atención en comparación con la media nacional, información que se mantendrá actualizada permanentemente toda vez que se disponga de los datos pertinentes. La información respectiva a este ítem 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://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx> donde podrán consultar la información para total país.

INDICADOR	NIVEL DE DESAGREGACION	UNIDAD DE MEDIDA	AÑO/ ULTIMO REPORTE PUBLICADO	RESULTADO	MEDIA NACIONAL	OBSERVACION
CAPTACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) DE PERSONAS DE 18 A 69 AÑOS	NACIONAL	PORCENTAJE	2019	21,73	36,59	Expresa la relación de casos captados con respecto a los casos esperados con diagnóstico de hipertensión arterial en personas de 18 a 60 años de edad. Teniendo en cuenta el indicador significa que en promedio en el País se logran identificar y captar el 36,59 % de los pacientes con hipertensión arterial para su consecuente estudio y manejo, mientras que nuestra EPS ha logrado identificar y captar el 21,73% de los usuarios susceptibles de padecer HTA.
TIEMPO PROMEDIO ENTRE LA REMISIÓN DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE CÁNCER DE MAMA Y LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA DE CASOS INCIDENTES	NACIONAL	DÍAS	2020	106,20	59,78	Expresa el tiempo de remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes. Teniendo en cuenta el indicador significa que en promedio en el País transcurren 59,78 días entre la remisión de pacientes que se presume padecen de cáncer de mama y la confirmación efectiva de que lo padecen, mientras que en Pijaos Salud Eps Indígena este tiempo es de 106,20 días.
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL	NACIONAL	DÍAS	2021-09	1,08	3,72	Expresa los días que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha para la cual se asigna. Teniendo en cuenta el indicador significa que en promedio todas las EPS del País asignan una cita de medicina general en 3,72 días mientras que nuestra EPS la asigna en 1,08 días.
PROPORCIÓN GLOBAL DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE EPS	NACIONAL	ORCENTAJE	2021-09	99,90	96,63	Expresa la proporción de usuarios satisfechos en el año 2021 con los servicios recibidos en la eps. Esto significa que los usuarios de la EPSI.

Fuente: Observatorio de Calidad en Salud <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx> (media nacional); Los valores de la media nacional corresponden a los valores del publicados con corte a marzo 2022 MINSALUD en el Observatorio de Calidad en Salud. (Fecha de revisión 22-03-2022), aclarando que no hay registro en el aplicativo de la totalidad de EPS.

2. INDICADORES DE CALIDAD DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD QUE HACEN PARTE DE LA RED DE PIJAOS SALUD EPSI

Corresponde al resultado de los indicadores de calidad del total país, de las instituciones que hacen parte de la red de prestadores de servicios de salud de las entidades promotoras de salud: La información respectiva a este ítem 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://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx> donde podrán consultar la información para total país.

EXPERIENCIA EN LA ATENCION	INDICADOR	NIVEL DE DESAGREGACION	UNIDAD DE MEDIDA	AÑO/ SEMESTRE DEL ULTIMO REPORTE PUBLICADO	RESULTADO	MEDIA NACIONAL	OBSERVACION
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE GINECOLOGÍA	NACIONAL	DÍAS	2021-09	6,63	9,72	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de ginecología en 9,72 días mientras que nuestra Red la asigna en 6,63 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL	NACIONAL	DÍAS	2021-09	1,08	3,72	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de medicina general en 3,72 días mientras que nuestra Red la asigna en 1,08 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA	NACIONAL	DÍAS	2021-09	9,36	10,72	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de medicina interna en 10,72 días mientras que nuestra Red la asigna en 9,36 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	NACIONAL	DÍAS	2021-09	1,19	5,43	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de odontología general en 5,43 días mientras que nuestra Red la asigna en 1,19 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA	NACIONAL	DÍAS	2021-09	8,18	6,72	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de pediatría en 6,72 días mientras que nuestra Red la asigna en 8,18 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE 2 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	NACIONAL	MINUTOS	2021-09	17,15	26,02	Indicador del Tiempo que transcurre entre la solicitud del servicio de urgencias triage II y la atención de manera efectiva en el usuario. Esto significa que en promedio en todas las IPS del país un paciente que requiera atención médica urgente porque puede evolucionar a un mayor deterioro debe esperar 26,02 minutos para su atención y en nuestra red de IPS en promedio debe esperar 17,15 minutos.
	PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA	NACIONAL	PORCENTAJE	2021-09	0,36	1,2	Porcentaje de cirugías ambulatorias canceladas en un semestre, por causas atribuibles a la IPS. Este indicador trata sobre las cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causas atribuibles a las IPS. Del total de cirugías programadas por nuestra red de prestadores se cancelan el 0,36%, mientras que en promedio en el país se cancelan el 1,20% de las cirugías programadas

Fuente: Observatorio de Calidad en Salud <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx> (media nacional); Los valores de la media nacional corresponden a los valores del publicados con corte a marzo 2022 MINSALUD en el Observatorio de Calidad en Salud. (Fecha de revisión 20-03-2022), aclarando que no hay registro en el aplicativo de la totalidad de EPS.

3. POSICIÓN EN EL ORDENAMIENTO (RANKING)

En cumplimiento de la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y del Auto 260 del 16 de noviembre de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud desarrollaron un instrumento para informar el ordenamiento de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo, subsidiado y de la EPS Indígenas, la información que se presenta a continuación corresponde al último reporte del "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2018" del 21 de Marzo de 2018, en donde se evidencia el Ranking de EPS indígenas, a información respectiva a este ítem 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 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ranking-satisfaccion-eps-2018.pdf>.

RANKING EPS INDIGENAS					
CODIGO	NOMBRE	RANKING TOTAL 2018	DIMENSION OPORTUNIDAD	DIMENSION SATISFACCION	DIMENSION TRAMITES
EPSI01	DUSAKAWI A..R.S.I	1 ▲(1)	3 ▼(1)	2 ▲(2)	1
EPSI04	ANAS WAYUU EPSI	2 ▲(2)	4 ▲(2)	1 -	2
EPSI05	MALLAMAS EPSIP	3 ▲(3)	1 ▲(3)	4 ▲(2)	3
EPSI03	ASOC. INDIGENA DEL CAUCA	4 ▼(3)	2 ▼(1)	3 ▼(1)	4
EPSI06	PIJAOS SALUD EPSI	5 ▼(2)	5 ▼(2)	5 ▼(2)	5
Diferencias de posiciones en el Ranking Total son estadísticamente significativas. La comparabilidad de los resultados de la dimensión de oportunidad entre 2018 y 2017 son limitados debido a la inclusión de indicadores de disponibilidad de agenda. Dado que la dimensión de trámites es nueva no se comparan los resultados con el año anterior.					

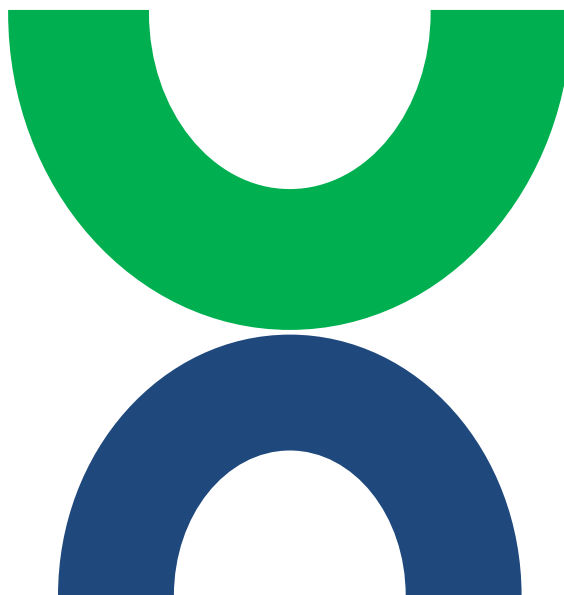
Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ranking-satisfaccion-eps-2018.pdf>

4. ACREDITACIÓN

El listado de IPS acreditadas que se presentan a continuación, pertenecen a la red de prestadores de Pijaos Salud EPSI:

Actualmente no se cuenta con IPS adscritas a la red y se encuentren acreditadas

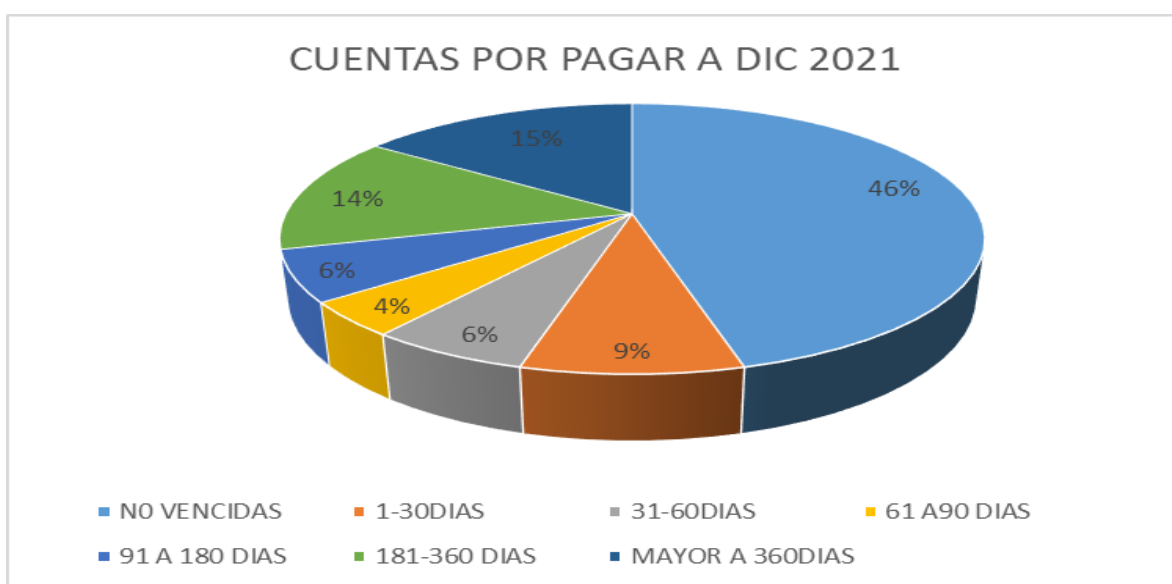
La EPS-I, se encuentra trabajando para ampliar su red de prestadores y tratar de incluir más IPS acreditadas, aclarando que la acreditación es una opción voluntaria a la que acceden las instituciones prestadoras de servicio con aval del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC), y cuyos pilares se fundamentan en la óptima atención del paciente y su familia, en el mejoramiento de la calidad y en el enfoque del riesgo.



5. COMPORTAMIENTO COMO PAGADOR DE SERVICIOS

A continuación, se relacionan los indicadores del año 2021 respecto a la capacidad de pago a la red prestadora y la liquidez de PIJAOSSALUD EPSI. La EPSI PIJAOSSALUD a diciembre 2021 presenta las siguientes obligaciones de pago con la red de servicios de salud de obligaciones liquidadas como se muestra a continuación:

EDADES	dic-21	%	dic-20	%.	VARIACION	%,
NO VENCIDAS	23,278,460,707	46%	6,602,685,490	17%	16,675,775,217	253%
1-30DIAS	4,361,326,397	9%	5,274,776,154	14%	-913,449,757	-17%
31-60DIAS	3,170,286,326	6%	4,123,485,850	11%	-953,199,524	-23%
61 A 90 DIAS	2,111,614,371	4%	3,305,699,955	9%	-1,194,085,584	-36%
91 A 180 DIAS	3,129,344,715	6%	6,163,455,992	16%	-3,034,111,277	-49%
181-360 DIAS	7,076,550,020	14%	6,325,766,746	16%	750,783,274	12%
MAYOR A 360DIAS	7,793,436,112	15%	6,564,307,553	17%	1,229,128,559	19%
TOTAL CXPAGAR A DICIEMBRE 2021	50,921,018,648	100%	38,360,177,740	100%	12,560,840,908	33%



La entidad PIJAOSSALUD EPSI a diciembre 31 de 2020 registra cuentas por pagar de obligaciones liquidadas auditadas por valor de \$ 50.921.018.648, oo.

Este indicador mide la concentración de las cuentas por pagar según la edad, donde podemos identificar que el 29% de las cuentas por pagar superan más de los 181 días de vencido y el 71% de la cartera se encuentra entre los 1 y 180 días de vencido.

Igualmente las cuentas por pagar aumentaron del año 2020 al año 2021 en un porcentaje del 33% respecto al año inmediatamente anterior.

La entidad viene realizando conciliaciones de cartera con los prestadores de servicios de salud de acuerdo a resolución 6066 de 2016 Ministerio de Salud Y protección Social y circular externa 011 de 2020 Superintendencia nacional de salud. Realizando acuerdos de pago, asistiendo a las mesas de conciliación de cartera citadas por los entes territoriales en el marco de la circular 030 de 2013, en procura de la depuración de sus estados financieros y el cumplimiento de los pagos a la red prestadora de servicios de salud.

6. SANCIONES

La EPSI se permite informar que para el año 2021 Causo una sanción a favor de la Superintendencia Nacional de salud por valor de **\$ 107.655.080, 00** correspondiente al régimen Subsidiado.



La información contenida en este documento se encuentra publicada en la página web www.pijaossalud.com, la cual, podrá ser modificada en cualquier momento por cambios en la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud o por cambios en los procesos y/o procedimientos de la EPS Indígena Pijaos Salud.

Toda actualización o modificación a la información aquí contenida será publicada de manera oportuna en nuestra página web.



PIJAOS SALUD E.P.S INDÍGENA

"UN GRUPO QUE VELA POR LA SALUD DE SU FAMILIA"



RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO
RESOLUCIÓN 4343 DE 2012 DEL
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

OFICINA PRINCIPAL: CRA 8 A N° 16 - 85 BARRIO INTERLAKEN IBAGUÉ TOLIMA
LINEA GRATUITA NACIONAL 018000186754 PBX 2809090 2809091
ATENCIÓN 24 HORAS
PÁGINA WEB WWW.PIJAOS.SALUD.COM



FOTÓGRAFO
HOLMAN EMILIO FERNANDEZ