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

FONDO DE PASIVO SOCIAL
FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA

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

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las Instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de Cotizante	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual: * Cotizante o cabeza de familia ☐ B. Colectiva ☐ * Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	**Código** (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia Dirección	Teléfono	Teléfono Celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento								Datos Complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D	D	M	M	A	A	A	A		
B2														
B3														
B4														
B5														

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

Selección de la IPS primarios

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de novedad

1. Modificación datos básicos de identificación ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación ☐ **3.** Actualización documento de identidad ☐ **4.** Actualización y corrección de datos complementarios ☐ **5.** Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ **6.** Reinscripción en la EPS ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ **10.** Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ **13.** Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ **14.** Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ **15.** Reporte por fallecimiento ☐ **16.** Reporte del trámite de protección al cesante ☐ **17.** Reporte de la calidad del Pre-pensionado ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ **47.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ **48.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ **49.** Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ **50.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐ **51.** Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐ **52.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. ☐ **53.** Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto. ☐

VII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	**55.** El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ **58.** Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ **61.** Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ **62.** Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Super Intendencia Nacional de Salud. ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL.

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos de SISBÉN Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES:
71. Firma del funcionario		

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

VIGILADO Supersalud

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. *Afiliación:* Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en salud -SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. *Reporte de Novedades:* Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo(s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de Afiliación

A. *Individual:* la opción de afiliación individual aplica cuando o el cabeza de familia realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas entidades o instituciones.

B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: La opción institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es la responsable de hacer el tramite.

D. De Oficio: La opción de oficio cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha echo la selección la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarias de familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen:

Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado:

Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad.

Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS en el Régimen Contributivo.

Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne la condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de Cotizante:

Marque con una X la opción que corresponda.

Dependiente: Si cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independientes: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes si no que los asume en la totalidad.

Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN:

Si la afiliación es Individual o colectiva, se debe:

* Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
* Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
* Diligenciar los datos del capítulo V, relativos a empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
* Marque con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
* Diligenciar el capítulo VIII Firmas, los capítulos 54 y/o 55 según el caso.
* Marque con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

* Diligenciar los Espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que que afilia la IPS lo hacen en condición cotizante o cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.

Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va ha afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.

* Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
* Marque con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51,52 y 53.
* Diligenciar el capítulo VII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
* Marque con una X, en el capítulo IX el documento de identidad de la (s) persona (s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
* Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y debe coincidir con los del documentos expedido por la entidad competente.

Estos son:

8. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en la calles correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

* Primer apellido
* Segundo apellido
* Primer nombre
* Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad

Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla.

Cód.	Descripción del Tipo de Documento
CN	**Certificado de Nacido Vivo,** es el documento expedido por la Institución Prestadora de servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser remplazado por el registro civil
RC	**Registro Civil de Nacimiento,** es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser remplazado por la tarjeta de identidad
TI	**Tarjeta de identidad,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores de edad entre los 7 y 17 años de edad. Debe ser remplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	**Cédula de Ciudadanía,** es el documento e`pedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La vigencia de la cédula de Extranjería será por un término de (5) años.
PA	**Pasaporte,** es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	**Carnet Diplomático,** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	**Salvoconducto de Permanecia,** es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativas Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deben permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de Extranjería.

8. Número del documento de identidad:

Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del Registro Civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo han registrado completo.

9. Sexo:

Marque con una X, la opción femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de Nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como figura en su documento de identidad día, mes y año.

CAPITULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia:

En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Cód.	Descripción Parentesco
01	Indígena
02	Rom (Gitano)
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental

Condición de discapacidad:

Marque con una X la opción: **T:** Temporal **P:** Permanente

13. Puntaje SISBEN:

Este dato aplica solo para el régimen Subsidiado, Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

Cód.	Grupo Poblacional
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada.
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad Indígena.
18	Población ROM
22	Población privada de la libertad, que no estén a cargo del Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad
23	Personas que dejan de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación expulsión, repatriación o retorno desde el territorio venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18,23,24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02,06,10,16,22.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riegos Laborales donde se encuentre afiliado.

16. Administradora de pensiones:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la entidad Administradora de Pensiones donde se encuentre afiliado.

17. Ingreso base de Cotización - IBC:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia:

Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

* Dirección de residencia.
* Teléfono (Fijo o celular , o ambos)
* Correo electrónico.
* Ciudad / Municipio o distrito.
* Localidad/ Comuna si existe en su ciudad, municipio o distrito.
* Zona urbana o rural donde se ubica su residencia.
* Departamento

En el caso de Bogotá D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá D. C.

CAPITULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR.

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante.

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe registrarse en los espacio s de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente esta afiliado y cotiza solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figura en el documento de identidad.

* Primer apellido
* Segundo apellido
* Primer nombre
* Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad :

Registre el código que corresponde al documento con el cual e va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo:

Marque con una X, la opción femenino o masculino como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

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

En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran el el documento de identidad

* Primer apellido
* Segundo apellido
* Primer nombre
* Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad :

Coloque en el espacio el código deque corresponda al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documento de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

27. Sexo:

Marque con una X, la opción femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en su documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios.

29. Parentesco:

En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Cód.	Parentesco	Descripción Parentesco
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial
CP	Compañero(a) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tiene incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos e los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de estos.
PD	Padres del cotizante	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho (18) años en custodia	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliado adicional	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentre en el 4° grado de consan-guinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia:

Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una capacidad reconocida calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental

32. Datos de residencia:

Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.

* Municipio /Distrito
*Departamento
*Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional:

Este dato debe ser diligenciado por eta EPS para la cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS Primaria.

34. Nombre de Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS:

Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS. así:

* En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
* En la (s) fila (s) identificada(s) con la letra B, sólo el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en el municipio destinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:

* el empleador cuando el afiliado que hace el tramite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.

Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, cooperativas precooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trata de cotizantes que no tiene la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de novedad lo exige.

Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentren bajo su protección, o los empleadores, entidades e Instituciones que tiene la competencia para realizar la filiación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social:

Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación:

Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio así:

* NIT (Número de Identificación tributaria), cuando se trata de personas jurídicas, públicas o privadas.
*CC (Cédula de ciudadanía), TI(Tarjeta de identidad), PA(Pasaporte), CE(Cédula de extranjería), CD(Carnet diplomático), cuando se trata de personas naturales.

37. Número de documento de identificación:

Escriba el número de documento de identificación.

38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:

Este dato debe se diligenciado por la EPS para la cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabal de aportantes establecida para la planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA.

39. Ubicación:

* Dirección
*Teléfono(fijo y/o celular)
* Correo electrónico
* Municipio/ Distrito
* Departamento

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir como departamento Bogotá, D. C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabeza de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este Instructivo.

La EPS no puede reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y reporte de Novedades.

40. Tipo de Novedad:

Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabal:

Número	Nombre
1	Modificación de datos básicos de identificación
2	Corrección de datos básicos de identificación
3	Actualización del documento de identidad
4	Actualización y corrección de datos complementarios
5	Terminación de inscripción en la EPS
6	Reinscripción en la EPS
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Movilidad
14	Traslado
15	Reporte de fallecimiento
16	Reporte de trámite de protección al cesante
17	Reporte de la calidad de pre-pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación.

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia o la institución modifica uno o varios de los datos básicos de el documento de identificación del cotizante, cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionales, para

lo cual debe presentar el documento de identidad, en que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de Novedad".
*Diligenciar el capítulo II de los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
* Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
* Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
* Diligenciar el capítulo de VII de firmas.
* Seleccionar el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

2. Novedad: Corrección de datos básicos de identificación:

Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el beneficiario adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigentes y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de Novedad".
* Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
* Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van hacer corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
* Registrar en los espacios del numeral 41 de capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
* Diligenciar el capítulo VII de firmas.
* Seleccionar el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda con los datos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de Novedad"
* Diligenciar en el capítulo II los datos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
* Registre los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigentes.
* Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas.
* Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexa copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios

Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de Novedad"
* Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
*Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
* Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS

Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple

Cód.	Condición
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional para otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para seguir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional para otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial.
05	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la libertad.

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de Novedad"
* Registrar en la casilla código de tabla anterior que corresponda a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
* Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
* Registrar la fecha a partir de lo cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
* Diligenciar el capítulo VIII firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "Terminación de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y esta suscrita por el empleador. La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS.

Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de Novedad".
* Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
* Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
* Diligenciar el capítulo VIII firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.

Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales.

Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otro familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo,. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de Novedad".
* Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
* Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va ha incluir.
* Registrar el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la EPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
* Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas.
* Marcar con una X en la casilla del capítulo IX los documentos que va a anexar.

*Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional:
copia del documento de identidad correspondiente , copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sistema judicial que declare la unión marital, copia de certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que está incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.

Esta novedad se reporta para excluir el núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de Novedad".
* Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
* Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas.
* Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
* Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación o adquisición de condiciones para cotizar.

Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 13: Movilidad.** También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la **novedad 13. Movilidad:** Si se trata de un beneficiario a on afiliado adicional en el Régimen contributivo también podrá marcar la **novedad 14: Traslado** si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la **novedad 8: exclusión de beneficiarios** de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

* Marcar con un X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de Novedad".
* Diligenciar los datos básicos del Identificación del capítulo II.
* Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
* Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviera.
* Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectiva.
* Registrar el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
* Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
* Marcar con una X en la casilla del capítulo IX los documentos que va a anexar.
* Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

* Diligenciar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacia parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde la condición para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de Novedad"
* Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
* Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
* Registrar el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
* Diligenciar el capítulo VIII firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Para esto debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de Novedad"
* Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
* Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas, numerales 54 y 55.
*Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
* Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de la congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de Novedad".
* Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
* Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas, numeral 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta.

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere la condición para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de Novedad".
* Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
* Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
* Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que corresponda.
* Diligenciar los datos básicos de Identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviera.
* Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando de trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
* Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de al movilidad al Régimen Contributivo.
* Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
* Marca con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
* Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
* Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional, copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital , copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

* Diligenciar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacia parte.

Cuando se reporta esta novedad también debe reportarse las novedades 9 "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10 " Terminación de relación laboral o pérdida d las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.

La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de al movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14 : Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado de a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

* Que esté inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
* Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro del núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
* Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

* Marcar con una X la casilla de al novedad 14, del numeral 40 "Tipo de Novedad".
* Marcar con una X en las casillas A o B si el traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
* Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulo II y III.
* Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
* Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
* Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiera lugar a ello.
* Registrar el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se traslada.
* Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

Cód.	Motivos para el Traslado
01	Por ejercicio de la libre elección
02	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia a la IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
03	Cuando se presenten caso de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobaos.
04	Por unificación del nucleo familiar
05	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado.
06	Cuando la afiliación a sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

* Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas los numerales 54 y 55 según corresponda.
* Marcar con una X en la casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.

Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.

* Anexar copia de los soportes que acreditan el condición de beneficiario o afiliado adicional:

Copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5, o 6, no se aplicará el periodo de permanencia.

Esta Novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de Fallecimiento

Aplica cuando el cotizante, cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados fallecen.

Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. para esta novedad se debe. Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad"

* Diligenciar los datos básico de identificación de capítulo II si el cotizante o el cabeza de familia es quien reporta la novedad
* Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 a 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
* Diligenciar en el capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar que se inscribe como nuevo cabeza de familia (Aplica solo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia.)
* Registra en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básico de identificación del afiliado fallecido (Cotizante, cabeza de familia, beneficiario, o afiliado adicional).
* Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante:

Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la caja de compensación familiar en la que se encuentra afiliado .Para esta novedad debe:

Marcar con una X la casilla de la novedad 16. del numeral 40 "Tipo de Novedad"

* Diligenciar el capítulo II, Datos básico de identificación del cotizante.
* Diligenciar en la casilla 45 capítulo VI, nombre de la caja de compensación familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
*Diligenciar el capítulo VIII de firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hacer el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad"
* Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
*Registrar el numeral 17 del capítulo III " datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como pensionado.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas, el numeral 54

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado

Esta novedad se reporta para el cotizante a quien le ha sido reconocida una una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

* Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
* Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
* Registrar en los numerales 16, 17, y 18 del capítulo II, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
* Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondiente al cónyuge o compañero(a) permanente lo (a) tuviere.
* Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV correspondiente a los beneficiarios si los tuviere.
* Diligenciar los datos del capítulo V, para administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
* Diligenciar el capítulo VIII de firmas.

CAPÍTULO VI, DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de Identificación:

Registrar el número 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades.

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación;

Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos;

Novedad 3: los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y

Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha:

Registre el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;

Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figuran en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior:

Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponda al nombre o la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado:

Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del tramite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPITULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

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

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

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

CAPÍTULO VIII, FIRMAS.

Este formulario debe suscribirse para el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En es espacio correspondiente debe ir la firma de :

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

55. El empleador, aportante o entidad responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

CAPITULO IX, ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al ños documento (s) que se anexa(n), según lo requiera el tramite que realiza.

56. Documento de identidad CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.

57. Copia de documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

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

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPITULO X, DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por el entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación del DANE, que corresponde a la Entidad Territorial.

67. Datos de Sisbén:

El funcionario de la Entidad Territorial debe constar en la base de datos Sisbén y registrar:

* Número de la ficha del Sisbén
* Puntaje
* Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consulto la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

* Primer apellido
*Segundo apellido
* Primer nombre
* Segundo nombre
* Tipo de documento de identidad
* Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de lo datos registrados sobre la información y validación del Sisbén.

Observaciones:

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto al tramite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DEL PACIENTE Y DE DESEMPEÑO

Apreciado Afiliado: Para nuestra EPS es muy importante compartir la siguiente información, la cual le permitirá a usted y su familia conocer los servicios del plan obligatorio de salud (POS) a los que tiene derecho como afiliado.

1. GENERALIDADES: GLOSARIO

SGSS: Sistema general de seguridad social en salud POS: Plan Obligatorio de Salud EPS: Entidad Promotora de Salud IPS: Institución Prestadora de Salud FNC: Ferrocarriles Nacionales de Colombia OMS: Organización Mundial de Salud AIEPI:Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia PAC: Plan Atención Convencional: SMMLV: Salario mínimo mensual vigente EAS: Entidad Adaptada de salud

Demanda Inducida:

Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Protección Específica

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

Detección Temprana:

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

Programa de Vigilancia Materna

Dando cumplimiento a los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social en su Plan de Choque de Mortalidad Materna expedido en el año 2005, el Fondo ha establecido los parámetros de seguimiento y control de las usuarias objeto en el Programa de Vigilancia Materna que será de obligatorio cumplimiento por parte de los contratistas de servicios de salud

Guías de Atención de Patologías Específicas

Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población afiliada, el Fondo de Pasivo Social ha establecido modelos de atención integral de patologías específicas, en los cuales se definen las actividades, procedimientos e intervenciones a implementar que son de obligatorio cumplimiento para todos los usuarios con diagnóstico de alguna de las patologías incluidas, que son:

Enfermedades Osteoarticulares
Obesidad
Cáncer de próstata
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Modelo de Atención Integral de Enfermedad Renal Crónica: Hipertensión arterial y Diabetes mellitus

1.2 Plan de beneficios, exclusiones y limitaciones

El Fondo de Pasivo Social de FNC prestará a sus usuarios los siguientes servicios de salud:

- Medicina general
- Odontología
- Atención de urgencias
- Servicios de promoción y prevención

Los anteriores servicios a su vez son la puerta de acceso para los demás servicios que son:

Medicina especializada

- Atención de obstetricia y ginecología
- Hospitalización médica, quirúrgica y psiquiátrica
- Procedimientos de cirugía ambulatorios y hospitalarios
- Servicios de rehabilitación
- Suministro de medicamentos
- Exámenes y procedimientos de diagnóstico
- Procedimientos terapéuticos
- Servicio de ambulancia
- Suministro de complemento terapéutico
- Atención básica de enfermería
- Atención domiciliaria
- Vacunación

1.2.1 Exclusiones y limitaciones del plan de beneficios

De las exclusiones y limitaciones del plan de beneficio se divide en los usuarios POS y PAC, a continuación se describe excepciones para cada usuario.

Medicamentos y complementos terapéuticos excluidos para usuarios POS

Son exclusiones del suministro de medicamentos y complementos terapéuticos a usuarios POS los siguientes:

- Medicamentos, sustancias y dispositivos médicos que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica vigente y aquellos cuyas indicaciones y usos no se encuentren autorizados por la autoridad competente
- Productos Cosméticos. No se consideran cosméticos los productos con actividad terapéutica para una patología definida.
- Leches maternizadas: Salvo en los casos de tratamiento de hijos de madres infectadas por VIH.
- Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales: Salvo aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento.
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos
- Líquidos para lentes de contacto
- Tratamientos capilares
- Champús de cualquier tipo
- Jabones
- Cremas hidratantes
- Cremas antisolares o para las manchas en la piel
- Medicamentos o drogas para la memoria
- Medicamentos para la impotencia sexual o la disfunción eréctil
- Medicamentos anorexígenos
- Edulcorantes o sustitutos de la sal
- Enjuagues bucales, cremas dentales
- Cepillo y seda dental
- Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.

Medicamentos y complementos terapéuticos excluidos para usuarios PAC Programa Ferrocarriles y Puertos

Son exclusiones del suministro de medicamentos y complementos terapéuticos a usuarios PAC los siguientes:

- Leches maternizadas: Salvo en los casos de tratamiento de hijos de madres infectadas por VIH.
- Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales: Salvo aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento.
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- Medicamentos para la impotencia sexual o la disfunción eréctil.
- Medicamentos anorexígenos.
- Enjuagues bucales, cremas dentales.
- Cepillo y seda dental.
- Líquidos para lentes de contacto.
- Tratamientos capilares.
- Cremas hidratantes, salvo en aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento.
- Medicamentos o drogas para la memoria.
- Productos Cosméticos. No se consideran cosméticos los productos con actividad terapéutica para una patología definida.
- Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.

Servicios y tratamientos excluidos para Usuarios POS

- Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- Diagnóstico y Tratamientos para la Infertilidad.
- Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes o prótesis necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en el Acuerdo 029 y demás normas que lo modifiquen, adicionan o sustituyan.
- Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
- Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- Trasplante de órganos o injertos biológicos diferentes a los descritos en el Acuerdo 029 y demás normas que lo modifiquen, adicionan o sustituyan.
- Tratamiento con psicoanálisis.
- Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el Acuerdo 029 y demás normas que lo modifiquen, adicionan o sustituyan.
- Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
- Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatósis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.
- Tecnologías en salud de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintas a las necesarias de acuerdo con la evidencia clínica debidamente demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
- Pañales para niños y adultos.
- Toallas higiénicas.
- Artículos cosméticos.
- Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutraceuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
- Líquidos para lentes de contacto.
- Tratamientos capilares.
- Champús de cualquier tipo.
- Jabones.
- Cremas hidratantes.
- Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
- Medicamentos o drogas para la memoria.
- Medicamentos para la disfunción eréctil.
- Medicamentos anorexígenos.
- Edulcorantes o sustitutos de la sal.
- Enjuagues bucales, cremas dentales.
- Cepillo y seda dental.
- La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud.
- Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las tecnologías en salud descritas en el Acuerdo 029 y demás normas que lo modifiquen, adicionan o sustituyan.
- La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.
- La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora en Salud del receptor.

Servicios y tratamientos excluidos para Usuarios PAC Programa Ferrocarriles y Puertos

- Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
- Odontología cosmética: Definida como aquellos procedimientos que se realizan con fines estéticos y encaminados al mejoramiento de la apariencia física.
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- Diagnóstico y Tratamientos para la Infertilidad y/o Impotencia Sexual.
- Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
- Tratamiento con medicamentos o sustancias experimentales.
- Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos estrictamente necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- Atención que el afiliado se procure por su cuenta sin que haya mediado el contratista, siempre que esta no haya sido de carácter urgente.
- Tratamientos de Implantes en la atención odontológica.
- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias de grupo. Se entiende por psicoterapia prolongada aquella que sobrepasa los treinta (30) días de tratamiento una vez realizado el diagnóstico.
- Tratamiento de desintoxicación crónica para el alcoholismo y la drogadicción.
- Pañales para niños y adultos.
- Toallas higiénicas.
- Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales: Salvo aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento.
- Líquidos para lentes de contacto.
- Medicamentos anorexígenos.
- Enjuagues bucales, cremas dentales.
- Cepillo y seda dental.
- Tratamientos capilares.
- Cremas hidratantes salvo en aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento.
- Medicamentos o drogas para la memoria.
- Productos Cosméticos. No se consideran cosméticos los productos con actividad terapéutica para una patología definida.
- La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo andanato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida.

2. SERVICIOS DE DEMANDA INDUCIDA. PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Las actividades de promoción y prevención establecidas por el Fondo para la atención de sus usuarios son de dos tipos:

2.1.Actividades de detección temprana y protección específica:

Comprende los siguientes programas:

Vacunación: Aplicación de vacunas establecidas por el Ministerio de salud y Protección Social en el PAI; que son:
Niños menores de 1 año: BCG, Hepatitis B, DPT (difteria, tos ferina y tétanos), Polio, H Influenza, rotavirus y neumococo.
Niños de 1 año: Triple vitral (sarampión, rubéola y paperas), fiebre amarilla, neumococo, influenza, hepatitis A
Mujeres en edad fértil: Toxoide tetánico del adulto
Niñas de 9 años o más: VPH

Atención preventiva en salud bucal: Incluye:
Aplicación de flúor tópico: De 5 a 19 años
Aplicación de flúor en barniz: De 1 a 2 años
Aplicación de sellantes: De 3 a 5 años
Control de placa bacteriana: Mayores de 2 a años
Detartraje supragingival: Mayores de 12 años

Atención del parto: Incluye las siguientes actividades: atención de parto o cesárea, vacuna de triple viral y consulta de control por medico a la mamá.

Atención del recién nacido: Incluye examen de TSH, aplicación de vitamina K, hemoclasificación

Planificación familiar a hombre y mujeres: Comprende las siguientes actividades: Consulta de primera vez y control a hombres y mujeres, colocación de DIU, ligadura de trompas, anticonceptivos orales a mujeres y vasectomía a hombres.

Control de crecimiento y desarrollo: Consulta de primera vez y de control periódicas hasta los 10 años de edad.

Control de desarrollo del joven: Consulta de control por médico a hombres y mujeres entre 10 y 29 años de edad, hemoglobina a mujeres de 10 a 13 años

Control del embarazo: Consulta de primera vez y de control durante todo el embarazo, consulta odontológica, exámenes de serología, hemoclasificación, hemograma completo, uroanálisis, glicemia, ecografía, suministro de multivitamínicos y aplicación de vacuna de toxoide tetánico del adulto.

Control del adulto mayor de 45 años: Consulta médica y exámenes de parcial de orina, creatinina, glicemia y perfil lipídico cada 5 años.

Detección de cáncer de cuello uterino: Citología cada año a mujeres de 25 a 69 años y colposcopia y biopsia en los casos en que se detecten anormalidades en la citología.

Detección de cáncer de seno: Mamografía a mujeres mayores de 50 años y biopsia cuando se detecten anormalidades

Detección alteraciones agudeza visual: Comprende:
Medición de agudeza visual por médico general a los 4, 11, 16 y 45 años
Consulta por oftalmología: Cada 5 años desde los 55 años

2.2 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) busca:

1) Mejorar el cuidado y atención del recién nacido y los niños y niñas menores de cinco años en el hogar y la comunidad, para lograr su sano crecimiento y desarrollo.
2) Mejorar el cuidado y atención de la mujer embarazada, para lograr un parto seguro.
3) Educar a la familia y cuidadores sobre los signos de alarma en caso de enfermedad de los niños y cuando y donde buscar ayuda en caso de necesitarla

Su objetivo principal, es motivar la participación de la comunidad en el cuidado y protección de la salud del niño, a través de la educación para la salud que permita mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y/o cuidadores con relación a la atención del niño en el hogar

Incluye la implementación de prácticas clave que son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado cotidiano para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños. Las prácticas corresponden a:

1) Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
2) A partir de los seis meses de edad, suministre a los niños alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más.
3) Dar afecto, cariño y estimulación temprana a los niños.
4) Garantizar vacunación completa para todos los niños.
5) Tener un ambiente limpio, agua segura y lavado de manos
6) Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad.
7) Manejo inicial de los niños en el hogar en caso de diarrea o cuadro gripal
8) Proteger a los niños del maltrato y del descuido.
9) Reconocer los signos de peligro en caso de enfermedad y buscar ayuda oportuna.
10) Seguir los consejos del personal de salud.
11) Fomentar el control prenatal desde los inicios del embarazo, la aplicación de la vacuna antitetánica, una buena nutrición durante el embarazo, tener el parto en una institución de salud.

2.3 Guías de atención de enfermedades más frecuentes y permanentes:

Comprende el seguimiento permanente de los usuarios que tienen patologías permanentes para garantizar su adecuado control y evitar que se presenten complicaciones. Comprende:
Modelo de Atención Integral de Enfermedad Renal Crónica: Hipertensión arterial y Diabetes mellitus
Enfermedades osteoarticulares
Obesidad
Enfermedades de transmisión sexual
Cáncer de próstata
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

3. DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DE PACIENTE

Derechos de todos los usuarios

1. Recibir los servicios de salud que requiera para el manejo de su enfermedad de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios a que tiene derecho y de acuerdo con los protocolos y guías de manejo establecidos.
2. Recibir una atención en salud con calidad, prestada por un equipo altamente preparado y comprometido.
3. Recibir un trato digno y amable; que respete sus creencias, costumbres y opiniones sobre su enfermedad.
4. Mantener una comunicación clara con el personal que lo atiende, para que comprenda mejor su estado de salud, el tratamiento y los procedimientos que se le van a practicar.
5. Que se le garantice un manejo confidencial de toda la información que reciba o genere la institución durante su proceso de atención.
6. Obtener la información veraz, clara y oportuna respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
7. A que se le respeten sus decisiones en relación con el manejo de su enfermedad.
8. A ser escuchado y obtener respuesta a sus reclamos, sugerencias e inquietudes.
9. A recibir atención inicial de urgencia cuando lo requiera su estado sin que esté condicionada a contrato, autorización previa o pago de anticipo.
10. Recibir los servicios definidos en la ley, en la forma y condiciones definidas en los manuales de procedimientos y las guías de atención integral expedidas por el ministerio de salud.
11. A elegir o rechazar al personal de salud que le atenderá, dentro de las opciones que ofrece la entidad contratista.
12. A solicitar y recibir una consulta de segunda opinión cuando tenga inquietudes o desacuerdos con su diagnóstico o tratamiento, para lo cual deberá informar esta situación al FPSFCN.
13. Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios.
14. Acceder a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos con necesidad.
15. Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
16. A que la entidad promotora de salud autorice los servicios que requiera y aquellos que requiera con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.
17. Protección especial a niñas y niños. Indicar que los derechos a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos. Se entiende por niña o niño, toda persona menor de 18 años.
18. Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la entidad promotora de salud. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago del mismo.
19. Disfrutar y mantener una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones sicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
20. El derecho a que los familiares o representantes, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad del paciente, consientan o rechacen procedimientos o tratamientos. Los profesionales de la salud, los progenitores y los tutores o curadores promoverán la adopción de decisiones autónomas por parte de los menores de edad.
21. Mantener la confidencialidad y secreto de su información clínica, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la historia con su autorización o por parte de las autoridades competentes en las condiciones que la ley determine.
22. Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente, incluso en el caso de enfermedad irreversible.
23. Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.
24. Aceptar o rechazar procedimientos, por sí mismo o, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia en lo posible escrita de su decisión.
25. Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud que respete sus creencias y costumbres, su intimidad, así como las opiniones personales que tenga, sin recibir trato discriminatorio.
26. Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
27. Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna.
28. Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizada para su ejercicio.
29. Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le prestan la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las entidades promotoras de salud no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
30. Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.
31. Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
32. Ser respetado en su voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
33. Morir con dignidad y respeto de su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
34. Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda.
35. Recibir la valoración científica y técnica por parte de la entidad promotora de salud, cuando del concepto médico externo de un profesional de la salud reconocido, se considere que la persona requiere dicho servicio.
36. Recibir las prestaciones económicas por licencia o incapacidad, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la entidad promotora de salud no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
37. Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud y la prohibición de que 'bajo ningún pretexto' se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrársele copagos.
38. Acceder a los bienes y servicios de salud con continuidad. El acceso a un servicio de salud debe ser continuo y en ningún caso puede ser interrumpido súbitamente.
39. Toda persona tiene derecho a que las entidades promotoras de salud o autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, adoptan las medidas adecuadas para, por lo menos, (i) suministrar la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (ii) entregarle al afiliado por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio, (iii) indicar específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista, y (iv) acompañarla durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
40. Recibir por escrito, del prestador de servicios de salud, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
41. Acceder a los servicios de salud sin que la entidad promotora de salud pueda imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su entidad promotora de salud autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.
42. Para la verificación de derechos se solicitará únicamente el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrar el derecho. No podrá exigirse al afiliado copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
43. Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad

Derechos adicionales usuarios plan de atención convencional PAC

1. A recibir actividades y procedimientos no incluidos en el POS de acuerdo a los Planes Convencionales definidos
2. Derecho a recibir medicamentos adicionales a los establecidos en el POS, siempre que sean formulados por el médico tratante y estén autorizados como medicamentos por el INVIMA
3. A no pagar copagos o cuotas moderadoras por concepto de servicios de salud

Deberes de todos los usuarios

1. Procurar el cuidado integral de su salud, la de su familia y la de su comunidad, cumplir con el tratamiento, recomendaciones e instrucciones del personal de salud.
2. Asistir oportunamente a las citas asignadas, y avisar oportunamente en caso de no poder cumplir.
3. Suministrar al Fondo y al contratista información clara y veraz sobre su estado de salud, identificación y datos de ubicación.
4. Tratar a los funcionarios del Fondo y de las IPS contratistas y a los demás usuarios con amabilidad y respeto.
5. Cuidar los bienes del Fondo y de las IPS donde es atendido y hacer uso racional de los recursos y servicios ofrecidos
6. Afiliar al sistema de seguridad social a todo el núcleo familiar e informar sobre cualquier cambio que surja.
7. Cancelar, cuando corresponda, los pagos que se generen por su atención en salud.
8. Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
9. Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
10. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
11. Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
12. Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
13. Cumplir las normas del sistema de salud.
14. Actuar de buena fe frente el sistema de salud.
15. Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
16. 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.PERIODOS DE CARENCIA

Es el tiempo que transcurre entre el momento de la afiliación a los servicios de salud y el inicio de la atención para ciertas enfermedades de alto costo en su manejo, que sean demostrables por algún medio diagnóstico, que el afiliado conozca de su existencia, o que se demuestre su existencia por la historia clínica, la anamnesis o el examen del paciente.
Dando aplicación a lo establecido en el parágrafo transitorio del Artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, a partir del primero de enero de 2012 no habrá período de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5.PAGOS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS

Cuotas moderadoras.- Las cuotas moderadoras 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.

Copagos.- Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.
El valor de esta cuota es establecido por ley, se modifica anualmente y depende de lo que usted cotice, de acuerdo con su salario (Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS).

Los valores correspondientes a los afiliados adicionales no compensados establecidos en el año, va de acuerdo con lo establecido en la resolución No.4480 del 27 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. A partir del primero de enero de cada año se actualiza con base en el nuevo salario mínimo legal vigente.

6. MECANISMOS DE ACCESO AL SERVICIO

6.1.Cómo solicitar una cita de medicina general

La asignación de citas de medicina general se hará de dos formas:

Por vía telefónica. Por vía presencial

En caso de solicitud de cita telefónica comuníquese con los teléfonos de asignación de citas en su localidad que se encuentran en la RED DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, donde será atendido en los horarios establecidos. En caso de solicitud de cita presencial acuda al centro médico de su localidad, sección citas, con su carné y documento de identidad.
No se requiere entregar fotocopias.
Para todos los usuarios del Fondo, las citas de consulta externa para medicina general, deben asignarse en el curso de las veinticuatro horas hábiles siguientes a la solicitud. Para los usuarios del POS se aplicara el cobro de cuotas moderadoras y copagos para la prestación de este servicio.

6.2.Cómo solicitatado medicina especializada

Preséntese en el centro médico de su localidad sección citas, con la remisión para el especialista, ordenada por el médico general
Carné vigente y/o Documento de identidad.
No se requiere entregar fotocopia.
Las citas de control son ordenadas por el médico especialista.
Para todos los pacientes la consulta de medicina especializada de Medicina Interna, Ginecobstetricia, Oftalmología, Cirugía, Ortopedia, Urología será de siete (7) días hábiles y el resto de especialidades debe atenderse en un plazo máximo de diez (10) días hábiles. La duración de la consulta no debe ser inferior a 20 minutos.
En los casos en que solicite cita con un especialista específico, la oportunidad en la asignación de las citas estará condicionada por la disponibilidad del respectivo especialista. Si requiere valoración por más de un especialista, el tiempo máximo entre consultas no podrá ser superior a 3 días.
Si su localidad cuenta con la especialidad de pediatría, los usuarios PAC menores de 10 años y los usuarios POS menores de siete años serán atendidos directamente por esta especialidad, sin requerir remisión.

Usuarios POS Programa Ferrocarriles y Puertos y PAC Programa Ferrocarriles:

El Contratista debe disponer de todas las especialidades y/o subespecialidades existentes y habilitadas en cada localidad se exceptúan de este requisito en los casos de Imposibilidad justificada para contratar una especialidad en una localidad, la no existencia de la especialidad en forma integral que garantice la total atención de los usuarios o la no disponibilidad del recurso en la forma prevista por el Fondo, situación que será evaluada y determinada por el Fondo.

6.3.Cómo solicitar cita odontológica

Para solicitar las citas de odontología general acuda al centro médico de su localidad, sección citas, con su carné vigente y su documento de identidad.
No se requiere entregar fotocopias.
Una vez haya acudido a la primera cita de odontología el odontólogo definirá el plan de tratamiento a seguir, para lo cual le indicará la periodicidad con que debe asistir y de acuerdo a esto se le concederán las demás citas.
La atención especializada deberá ser ordenada por el odontólogo general y será atendida en un plazo máximo de siete (7) días hábiles.
La cirugía odontológica deberá ser realizada máximo en treinta días calendario
Las urgencias odontológicas serán atendidas y resueltas en forma inmediata.

Usuarios POS:

Se incluyen dentro de las Actividades de Odontología las establecidas en el Acuerdo 029 de 2011 y demás normas que lo adicionen o modifiquen.
Se incluye las prótesis dentales en las siguientes condiciones:

1. Inserción, adaptación y control de prótesis mucosoportada total superior e inferior, incluyendo prótesis, para aquellos afiliados cotizantes cuyo ingreso base de cotización sea inferior o igual a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes y sus beneficiarios, según indicación clínica de la prótesis dada por el odontólogo tratante
2. Inserción, adaptación y control de prótesis mucosoportada total superior o inferior, incluyendo prótesis, para aquellos afiliados cotizantes cuyo ingreso base de cotización sea inferior o igual a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes y sus beneficiarios, según indicación clínica de la prótesis dada por el odontólogo tratante.

Usuarios PAC Ferrocarriles:

Se incluyen dentro de las actividades de odontología las siguientes:

Examen Clínico Odontológico
Rayos X
Educación en Salud Oral
Detartraje Supragingival
Control de placas
Sellantes de Fosas y Fisuras
Topicación con Fluor
Profilaxis Final
Obturaciones con resinas de fotocurado
Obturaciones con amalgama de Plata
Extracciones Dentales, Sencillas y Quirúrgicas
Curetaje y Alisado Radicular
Endodoncias
Exodoncias
Odontopediatría, Exodoncia Diente Temporal
Frenectomía o Frenotomía
Resina Preventiva Sellante
Drenaje de Absceso

Se incluye las prótesis dentales en las siguientes condiciones:

1. Inserción, adaptación y control de prótesis mucosoportada total superior e inferior, incluyendo prótesis, para aquellos afiliados cotizantes cuyo ingreso base de cotización sea inferior o igual a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes y sus beneficiarios, según indicación clínica de la prótesis dada por el odontólogo tratante
2. Inserción, adaptación y control de prótesis mucosoportada total superior o inferior, incluyendo prótesis, para aquellos afiliados cotizantes cuyo ingreso base de cotización sea inferior o igual a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes y sus beneficiarios, según indicación clínica de la prótesis dada por el odontólogo tratante.

6.5.Qué servicios incluye la atención obstétrica y ginecológica

El control de embarazo y atención del parto serán realizados por Ginecobstetras en lugares en donde se cuente con este recurso. En las localidades donde no lo haya, será atendido por Médico General, siempre y cuando no se trate de un embarazo de mediano o alto riesgo, salvo en caso de urgencias.

6.6.Cómo se prestan los servicios hospitalarios y quirúrgicos

Los pacientes serán hospitalizados en habitaciones que reúnan todas las condiciones de higiene y confortabilidad. Estas pueden ser individuales o compartidas (máximo dos) salvo en aquellas localidades en que la infraestructura existente no lo permita. En el caso de habitaciones compartidas, deberán ocupartas pacientes del mismo sexo y cuya patologías no lo contraindiquen.
Para los usuarios POS y PAC, todo procedimiento quirúrgico electivo será realizado en el término de treinta (30) días, después de la indicación quirúrgica del médico tratante, siempre y cuando esta no esté contraindicada por riesgo pre quirúrgico.

Procedimiento a seguir para tramitar la orden de una cirugía programada

El usuario debe presentarse a la Coordinación Médica del contratista en la localidad y entregar la orden expedida por el especialista. El coordinador médico deberá coordinar todo lo necesario para la realización informándole oportunamente y entregándole un documento en el cual conste la fecha de radicación de la orden de cirugía.
Cuando se detecte falta de oportunidad en cirugías programadas el usuario deberá informar de inmediato al Médico del Fondo más cercano a su lugar de residencia.

6.8.Cuál es el procedimiento para la realización de exámenes de laboratorio diagnósticos y procedimientos

El usuario debe solicitar al médico tratante información acerca del trámite a seguir para la realización del procedimiento diagnóstico y el sitio de realización del mismo en caso de exámenes básicos, deberá presentarse en el centro médico o laboratorio clínico donde los realizan con la orden de examen, el carné vigente y documento de identidad.
Si se trata de un examen o procedimiento especializado que requiera programación, el usuario debe acudir a la coordinación médica del contratista en su localidad, donde el encargado le indicará día, hora y lugar donde le realizarán el examen o procedimiento. Al momento de presentarse al examen en el lugar y sitio indicados debe llevar orden, carné y documento de identidad.
Los exámenes de laboratorio deben realizarse en el término de los 5 días hábiles siguientes a la solicitud por el médico tratante, y los resultados deberán ser reportados oportunamente de acuerdo al estudio requerido, salvo aquellos que por su complejidad requieran un tiempo prudencial sin que esto implique una demora no justificada.
Si tiene dudas sobre la oportunidad de entrega de resultados de un examen o procedimiento diagnóstico, comuníquese con la oficina del Fondo más cercana a su residencia, donde le orientarán al respecto.

6.9.Cuáles el procedimiento para solicitar medicamentos

Solamente se entregarán medicamentos que sean formulados por los médicos incluidos en la red del Fondo de Pasivo Social de FCN y cuando el paciente haya sido enviado a una consulta por el contratista. El usuario dispone de un plazo máximo de 72 horas para reclamar los mismos presentando en la farmacia correspondiente la formula debidamente firmada y sellada por su médico, el carné vigente y el documento de identidad.
En general los medicamentos esenciales deben ser entregados dentro del mismo día en que sean prescritos, y los especializados a los tres (3) días calendario siguientes.
En el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos, el contratista deberá coordinar lo pertinente, para que en un lapso no mayor a 48 horas se garantice la entrega del mismo en el lugar de residencia, si el afiliado así lo autoriza.(Artículo 131 de Ley 19 de 2012)
Recuerde que quien formula es el médico, nadie debe cambiarle su fórmula (nombre, marca, cantidad, etc.).

6.10A qué tipo de medicamentos se tiene derecho

Usuarios POS:

Los usuarios de POS tienen derecho a la entrega de medicamentos en denominación común Internacional contenidos en este plan y formulados por el médico tratante, según el listado incluido en el Acuerdo 029 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, adicionan o sustituyan.Si el médico le formula un medicamento no incluido en el POS, el usuario debe solicitarle justificación del mismo y dirigirse a la Coordinación Médica del contratista en la localidad para presentar la fórmula y justificación expedida por el médico tratante. En caso de que el Coordinador Médico del contratista determine que el medicamento formulado por el médico tratante no se encuentra incluido en el POS; deberá informar esta situación diligenciando el Formato de Negación de Medicamentos, Servicios Médicos y/o Prestaciones de Salud, del cual deberá entregarle una copia. Posteriormente, el Coordinador Médico del contratista deberá remitir esta información al Médico Especialista o Auditor del Fondo, quien ordenara la realización del Comité Técnico Científico que evaluará si se autoriza o no el suministro del medicamento según cada caso particular. De la decisión de este Comité deberá informarle el Médico del Fondo.

Usuarios PAC:

Los usuarios del PAC tienen derecho al medicamento que formule el médico tratante, siempre y cuando esté aprobado y autorizado por el INVIMA para su comercialización y uso en el territorio nacional, cuyo registro sanitario corresponde al medicamento y se identifique con la letra M.

6.11.Cómo solicitar servicios de rehabilitación

Todo usuario que requiera un tratamiento de rehabilitación debe ser evaluado por un fisiatra quien establecerá un plan de manejo de acuerdo a la patología Una vez tenga la orden de remisión, el usuario debe acercarse a la entidad donde se presta el servicio y coordine su horario con la terapeuta. Para los usuarios PAC se garantizan, todos los servicios de rehabilitación necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas, entre otros: fisioterapia, terapia respiratoria, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, ortopedia, pleóptica etc. Para los usuarios POS se prestarán todas las actividades establecidas en el Acuerdo 029 de 2011 y demás normas que lo adicionen o modifiquen.

6.12. Cómo solicitar servicio de ambulancia

Para todos los usuarios, el contratista prestará este servicio cuando se requiera la movilización de pacientes como parte del traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud de los pacientes remitidos en los casos de carácter necesario, los cuales serán definidos por el médico tratante.
Si usted se encuentra hospitalizado, al momento de ser dado de alta, el médico tratante deberá determinar si requiere o no transporte en ambulancia según sus condiciones. Sin este concepto, usted no puede ser dado de alta.

6.13.Cuál es el procedimiento para solicitar elementos de complemento terapéutico

Son aquellos cuya finalidad es mejorar o completar la capacidad fisiológica o física del paciente. Para obtener la entrega o préstamo de este tipo de elementos, debe acercarse al centro médico de la entidad contratista en su localidad llevando la orden expedida por el médico tratante en el cual se ordene el mismo. Allí se encargarán de ordenar el trámite para su petición en caso de tener derecho a los mismos. Algunos serán suministrados para uso permanente y único y otros en calidad de préstamo, en cuyo caso el contratista le hará suscribir un documento que garantice la devolución del mismo. Si tiene dudas sobre un elemento de complemento terapéutico, comuníquese con la oficina del Fondo más cercana a su residencia, donde le orientarán al respecto.

6.14. Cuáles son los derechos en materia de suministro de lentes para los usuarios del Fondo

Usuarios POS:

Para los usuarios POS, el contratista entregará:

Lentes para anteojos una vez cada año a los menores de doce años y una vez cada cinco años a los mayores de doce años.
Los lentes deben ser entregados montados en la montura llevada por el usuario, debiendo cubrir el Contratista la totalidad de la fórmula, sin que esto implique pagos adicionales. Solamente deberá pagar el usuario las especificaciones de tipo estético que desee adicionar a la fórmula
El contratista deberá suministrar los lentes al usuario dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a su prescripción en la localidad central y diez (10) días hábiles en la provincia.

Usuarios PAC:

El contratista entregará lentes para anteojos una vez al año a partir de la fecha de la última formulación, siempre y cuando exista cambio de la fórmula indicado por el profesional tratante.
Los lentes deben ser entregados montados en la montura llevada por el usuario, debiendo cubrir el Contratista la totalidad de la fórmula, sin que esto implique pagos adicionales. Solamente deberá pagar el usuario las especificaciones de tipo estético que desee adicionar a la fórmula El contratista deberá suministrar los lentes al usuario dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a su prescripción en la localidad central y diez (10) días hábiles en la provincia.

6.15.Cómo funciona el programa de atención domiciliaria

Todo usuario de los servicios de salud a cargo de El Fondo, cuyo estado de salud no le permita el desplazamiento a los sitios de atención, según los protocolos de manejo establecidos deberá ser atendido por el contratista en su domicilio por lo menos una vez al mes. A este efecto deberá plantearse el respectivo caso ante el coordinador médico de cada localidad, quien evaluará el paciente y determinará si requiere este manejo o no. Según los parámetros y escalas establecidos en las guías.

3. ¿Cómo puedo presentar una queja personalmente?

Para presentar quejas personalmente relacionados con los servicios que presta el Fondo de Pasivo Social de FCN debe usted dirigirse a una de las siguientes oficinas:

Oficina de Atención al Ciudadano del Fondoon la ciudad de Bogotá:
Calle 13 No. 18 24 Estación de la Sabana.
O los puntos administrativos más cercanos al Fondo de su lugar de residencia más cercana.

4. ¿Cómo puedo presentar una queja por correo electrónico?

Para presentar quejas por correo electrónico relacionadas con los servicios que presta el Fondo de Pasivo Social de FCN debe usted dirigir un mensaje de correo electrónico en el cual especifique claramente el o los servicios en que se presenta la queja, la situación que la genera o el motivo de la misma, el funcionario involucrado (si es del caso) e incluir su dirección de correo electrónico para respuesta o información adicional, a la siguiente dirección de correo electrónico:
quejasyreclamos@fps.gov.co

Veedurías de Servicios de Salud

Dando cumplimiento a la normatividad en materia de participación ciudadana y en especial a lo establecido en la Ley 100 de 1993, que determina como principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud la participación social y la concertación y da dentro de su organización a los usuarios el derecho de participar en la conformación de veedurías, la Federación de Pensionados como representante de los usuarios y con la asesoría del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, ha conformado un modelo de participación propio denominado VEEDURIAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Teniendo en cuenta el tipo de población afiliada a los servicios de salud del Fondo, pensionados de los extintos Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia y sus beneficiarios organizados en Asociaciones de Pensionados legalmente constituidas en todo el país, este modelo permite la participación en el seguimiento de la prestación de los servicios de salud por parte de los usuarios, mediante el nombramiento de veedores seleccionados por las Asociaciones, quienes conforman COMITES DE VEEDURIA en cada una de las localidades donde se presten servicios de salud y funcionan como se reglamenta a continuación:

- Estos Comités estarán conformados por (2) representantes de cada una de las Directivas, Subdirectivas o Comités de las Asociaciones de Pensionados existentes en cada localidad para periodos de un año los cuales deben residir en el sitio donde se le presta los servicios de salud. Antes del 20 de Febrero de cada año las Asociaciones de Pensionados deberán informar a la Federación de Pensionados las personas elegidas. Este requisito será indispensable para el reconocimiento y cartelización de los Veedores.

Funciones de los Veedores

- Los Veedores supervisaran en forma permanente la oportunidad en la prestación de los servicios de salud y buscaran soluciones con los médicos Coordinadores de los contratistas y el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, a las deficiencias a nivel ambulatorio y hospitalario para resolver en forma inmediata los problemas que se presente en la localidad.
- Las quejas que no puedan ser solucionadas con el Medico Coordinador de la localidad, serán reportadas al Medico Coordinador del Fondo en la respectiva División con los soportes adecuados con el fin de realizar los trámites pertinentes.
- Estos Comités de Veeduría mantendrán comunicación permanente con la Federación Nacional de Pensionados la cual dispone de un Comité Coordinador de los Servicios Médicos.

Además, los Veedores deberán participar en los procesos de control y evaluación de los Servicios de salud cumpliendo con las siguientes funciones:

- Promover y participar activamente en los programas de atención preventiva, familiar y extra hospitalaria
- Concertar y coordinar con las IPS todas las actividades de atención a los usuarios
- Mantener canales de comunicación con los usuarios que les permitan conocer sus inquietudes para ser propuestas al Fondo
- Informar periódicamente a los usuarios que pertenecen a sus asociaciones sobre las actividades, discursiones y decisiones de los respectivos comités.
- Mantener canales de comunicación permanente con los Coordinadores de los contratistas para buscar soluciones a las dificultades que se presenten
- Mantener canales de comunicación permanente con los Coordinadores y Auditores del Fondo para informar las inquietudes y buscar las soluciones
- Reunirse anualmente para nombrar sus delegados e informar al Fondo
  Velar por la utilización adecuada de los recursos
- Impulsar las veedurías como mecanismo de educación para la participación
- Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas
- Reunirse dentro de la periodicidad establecida por el Fondo

10.3 Inspección, Vigilancia Y Control

Las entidades que tienen facultades de inspección, vigilancia y control sobre las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud, son:

Superintendencia Nacional de Salud
Dirección: Av. Ciudad de Cali 51-66 Pisos 6-7, World Business Center - Bogotá PBX: (57-1) 4817000 Fax: Ext 46000 Bogotá, Call Center (57) (1)4837000, Línea gratuita nacional: 018000513700 Página web: www.supersalud.gov.co.
De conformidad con lo señalado en el Decreto 1018 de 2007 la Superintendencia Nacional de Salud tiene la facultad para ejercer Inspección, Vigilancia y Control de:

- Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Los que exploten, produzcan, administren u operen o importen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de licores.
- Los que exploten, administren o operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.
- Los que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen vinos, aperitivos y similares y cervezas.
- Quienes aporten o deban aportar al sistema general de seguridad social en salud.
- Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) de cualquier naturaleza.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Los agentes que ejerzan cualquier función o actividad del Sector Salud o del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control.

11. SERVICIO ADMINISTRATIVO DE CONTACTO

111 Oficinas del fondo para atención al ciudadano

Para obtener información sobre los servicios de salud a que tiene derecho y la red de IPS en todo el país puede comunicarse con las oficinas de atención al usuario del Fondo de Pasivo Social de FCN de dos formas:

Si usted requiere información general sobre los servicios de salud y puntos de atención en todo el país comuníquese con la LINEA DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO 24 HORAS: 018000111322 o con el conmutador del Fondo en la ciudad de Bogotá: 3817171.

Si usted requiere una orientación particular sobre un servicio o la atención en una zona del país específica, comuníquese con las oficinas externas de atención al ciudadano que se incluyen a continuación:

DIVISIÓN ANTIOQUIA

OFICINA FPSFCN MEDELLÍN
Dirección: Carrera 55 No.40 A 20 oficina 412
Teléfono: 2629470
Correo electrónico: antiquia@fps.gov.co
Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 pm. jornada continua .

DIVISIÓN CENTRAL

OFICINA FPSFCN BOGOTÁ
Dirección: Calle 13 No.18 24 Estación de la sabana
Teléfono: 3817171 ext. 173, 180, 181, 182
Correo electrónico: atencionalciudadano@fps.gov.co central@fps.gov.co
Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 pm. jornada continua

DIVISIÓN MAGDALENA

OFICINA FPSFCN SANTA MARTA
Dirección: Carrera 4 No. 26- 40 Oficina 507 Ciudadela Comercial Prado Plaza
Teléfono: 095 4215064
Correo electrónico: magdalena@fps.gov.co
Fax: 4317454
Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 pm. Jornada continua

OFICINA FPSFCN BARRANQUILLA
Dirección: Carrera 43 No. 8412 Local 2
Teléfono: 3598469
Correo electrónico: barranquilla@fps.gov.co
Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 pm. jornada continua.

OFICINA FPSFCN CARTAGENA
Dirección: Avenida Pedro de Heredia Centro Médico Los Ejecutivos Sector T Local 103
Teléfono: 6610856
Correo electrónico: cartagena@fps.gov.co
Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 pm. jornada continua

DIVISIÓN PACIFICO

OFICINA FPSFCN CALI
Dirección: Calle 25 Norte No 4 Norte -28
Teléfono: 6678000 - 668751 6678181 -6687748 -6687745
Correo electrónico: pacifico@fps.gov.co
Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 pm. jornada continua

OFICINA FPSFCN TUMACO
Dirección: Calle Mosquera Souvieth local No. 9
Teléfono: 727 69 77
Correo electrónico: tumaco@fps.gov.co
Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 pm. jornada continua

OFICINA FPSFCN BUENAVENTURA
Dirección: Carrera 3 B No. 8 - 47 Oficina 1 edificio Antigua Normal
Teléfono: 2404257
Correo electrónico: buenaventura@fps.gov.co
Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 pm. jornada continua

DIVISIÓN SANTANDER

OFICINA FPSFCN BUCARAMANGA
Dirección: Calle 22 No. 23 45 Barrio Alarcón
Teléfono: 6454058- 6344875
Correo electrónico: santander@fps.gov.co
Horario de atención: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:00 pm. jornada continua

112 Red de prestación de servicios de salud

Los Red de prestación de servicios de salud está publicada en la pestaña Servicios de Salud opción red de prestadores en la página web www.fps.gov.co, y como anexo a esta carta.