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

Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes adoptada y actualizada; y Gestión de la entrega, conforme a los contenidos de la Resolución 4343 de 2012 y la Circular conjunta externa 016 de 2013

CARTA AL AFILIADO

COMFAMILIAR EPS se complace en saber que usted está afiliado al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, por tal razón lo invita a leer y a llevar en su bolsillo esta cartilla.

Documento que le permite a nuestros afiliados contar con la información sobre el Plan de Beneficios, la red de prestación que le garantice dicho plan, los mecanismos y procedimientos para acceder a los servicios, así como las indicaciones acerca de las entidades que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de sus derechos que ostenta como afiliado, también los deberes y las responsabilidades que como afiliado deben cumplir para que usted y su familia sean saludables.

Cuídela y coloque en la última hoja de esta cartilla su carnet, léala con frecuencia y así estará seguro de sus derechos y deberes en salud.

No olvide tener presente los diferentes hospitales, puestos, centros de salud, laboratorios y demás Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que están para atenderlo.

Utilice los servicios en forma adecuada y responsable para mejorar su calidad de vida y la de demás afiliados.

Atentamente,

COMFAMILIAR CARTAGENA E.P.S-S

¿QUIEN RESPALDA Y GARANTIZA SU DERECHO ESENCIAL A LA SALUD?

En la Constitución Política de Colombia se encuentra consagrado el derecho a la salud para los habitantes del territorio nacional garantizando así la atención médica y hospitalaria de igual manera se determinó como un deber de los colombianos y colombianas cuidar su salud y la de su comunidad.

Al Estado Colombiano le corresponde dar el aseguramiento para que tengamos buen servicio de salud mediante el Sistema General de Seguridad Social a través de este sistema podemos tener acceso a todos los servicios de salud.

Cuando no tenemos capacidad de pago para acceder al servicio de salud el estado hace un aporte para lograr el aseguramiento mediante el Régimen Subsidiado.



¿QUE ES EL REGIMEN SUBSIDIADO?

Es un subsidio creado por el gobierno para garantizar la atención en salud de las personas que viven en condiciones de pobreza, que no tienen capacidad para pagar un seguro de salud.



¿QUE ES EL SISBEN?

El Sisben es el Sistema de Identificación y clasificación de **Potenciales Beneficios, para Programas Sociales**, permite al identificar y seleccionar a las personas más pobres que tienen derecho al subsidio de salud, educación, vivienda y los demás dispuestos por el Estado.

¿CUAL ES EL PROPOSITO DEL SISBEN?

Identificar de manera equitativa y uniforme los posibles beneficiarios para programas estatales, información que será utilizada por las entidades territoriales.

Desde la expedición de la resolución 3778 de 2011, quedó abolido el uso de carnet físico. En su reemplazo se utiliza para la verificación del puntaje el Link: <https://www.sisben.gov.co/ConsultadePuntaje.aspx>.

Para saber en qué nivel se encuentra clasificado su puntaje se utiliza la tabla de la mencionada resolución.

NIVEL	PUNTAJE DE SISBEN III		
	14 CIUDADES	OTRAS CABECERAS	RURAL
1	0-47.99	0-44.79	0-32.98
2	48.00-54.86	44.80-51.57	32.99-37.80

¿QUE SON LAS EPS?

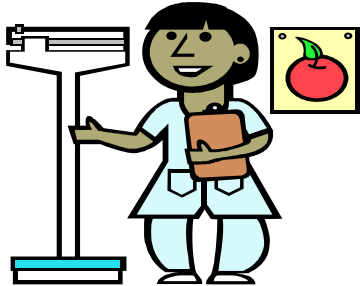
Las EPS son Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, responsables de la afiliación y la prestación del Plan de Obligatorio de Salud a los afiliados. Las EPS deben estar autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud y operan solo en los municipios donde se encuentran autorizadas. Estas instituciones pueden ser:



- Cajas de Compensación familiar(CCF)
- Empresas Solidarias de Salud (ESS)
- Empresas Promotoras de Salud(EPS)

¿A CUÁLES SERVICIOS DE SALUD TIENE DERECHO USTED Y SU FAMILIA?


Los Servicios con que cuenta el P.O.S.S son los siguientes:



1. ACTIVIDADES PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

Son actividades educativas dirigidas a los afiliados y familias con el objeto de Mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el auto cuidado.

GRUPO DE EDAD	TIPO DE PATOLOGÍA	TIPO DE ATENCIÓN
Para todas las edades	Acciones de Prevención de riesgos que amenazan la salud de los niños, adultos y ancianos.	<p>Programa de educación a los afiliados en la forma cómo prevenir las siguientes patologías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de seno y de útero. • Infección respiratoria aguda (IRA). • Enfermedad diarreica aguda (EDA). • Diabetes. • Enfermedad de transmisión sexual. • VIH/SIDA. • Caries Dental. • Hipertensión arterial. • Alcoholismo, Tabaquismo, Drogadicción. <p>Además, se da información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar. • Sexualidad responsable. • Salud mental. • Convivencia pacífica. • Autoestima. • Programa de crecimiento y desarrollo. • Programa de Hipertensos y Diabéticos.

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

		nutricional si lo requiere. • Vacunas contra el tétano y difteria. • Cursos de preparación para el parto. • Examen físico de seno • Prótesis mucosoportada en ancianos
--	--	--

3. ACCIONES DE DETECCIÓN TEMPRANA

Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que nos permite identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

GRUPO POBLACIONAL	ACCIONES	TIPO DE ATENCION
Menores de 10 años	Identificación de manera oportuna y efectiva la enfermedad	Control de Crecimiento y desarrollo
Entre 10 y 29 años		Control de joven
Mujeres en edad fértil		Identificación temprana del embarazo, Control del embarazo.
Mujeres mayores de 35 años		Control de cáncer de seno (examen de mama)
Mujeres de 24 a 69		Control del cáncer de cuello uterino (citología)
Mayores de 45 años		Control de adulto (Cáncer de próstata) Control de la agudeza visual (Tamizaje)

4. SERVICIOS DE DEMANDA INDUCIDA

Debido a la poca demanda espontanea en la población para acceder a los servicios de salud de orden preventivo y atendiendo a la implementación efectiva del modelo adoptado de Atención Primaria en Salud APS, COMFAMILIAR EPSS realiza actividades de demanda inducida, que es entendida como todas las acciones de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas como estrategia para fortalecer la gestión del riesgo e impactar positivamente para disminuir la morbilidad y mortalidad evitables en su población afiliada.

El recurso humano para la realización de estas actividades son los Agentes educativos, a quienes son asignadas familias según distribución geográfica. La estrategia más usada para interactuar con los afiliados en la comunidad son las visitas domiciliarias; que son un buen escenario para realizar orientación y educación, identificar al núcleo familiar, encuestarlo para que de acuerdo a su ciclo vital, genero, factores de riesgo, antecedentes, fomentar factores protectores y remitirlo a solicitar los servicios en la red prestadora según sea el caso. La demanda

inducida va acompañada de acciones de educación individual y familiar que se imparten en diferentes temas relacionadas con seguridad social en salud, Deberes y derechos, normatividad y todos los eventos de interés en salud pública por lo que se hace uso de diferentes estrategias comunicativas que van desde los medios masivos, portales web y materiales educativos como folletos, afiches, plegables.

PROGRAMA	ACTIVIDADES	POBLACION OBJETO	FRECUENCIA
SALUD ORAL	Aplicación de flúor tópico	5 A 19 años	2
	Aplicación de sellantes	3 A 15 años	2
	Controles de placa bacteriana	2 a 19 años	2
		20 Y mas	1
	Detartraje supragingival	>12 años	2
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez por médico única vez	0 a 10 años	2
	Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico - enfermera, menor de un año.	0 a 11 meses	4
	Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico - enfermera, para niños de 12 a 23 meses cumplidos	12 a23 meses	3
	Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico - enfermera, para niños de 2 a 7 años.	2 A 7 años	2
	Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico - enfermera, para niños de 8 a 10 años	8 a 10años	1
	Suministro de vitamina A en menores de 10 años	< 10 años	1
	Suministro de sulfato ferroso en menores de 10 años	< 10 años	1
	Suministro de Albendazol (ciclo)	< 10 años	1
	CONTROL DE DESARROLLO EN EL JOVEN	Consulta del desarrollo en el joven por médico. Adolescencia temprana (personas de 10 a 13 años).	10 a 13 años M
Hemoglobina, para personas de 10 a 13 años		10 a13 años F	0,25
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adolescencia media (personas de 14 a 16 años)		14 a 16 años	0,334
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adolescencia final (personas de 17 a 21 años)		17 a 21 años	0,200
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adulto Joven (personas de 22 a 24 años)		22 a 24 años	0,334
Consulta del desarrollo del joven por médico. (Personas de 25 a 29 años)		25 a 29 años	0,200
PAI	BCG	U	1
	ANTIHEPATITIS B	U	1
	PENTAVALENTE (DPT+HIB+HB)	1	< 1AÑO
	PENTAVALENTE (DPT+HIB+HB)	2	
	PENTAVALENTE (DPT+HIB+HB)	3	
	DPT	R1	1 AÑO
	DPT	R2	5 AÑOS
	VOP	1	
	VOP	2	< 1AÑO
	VOP	3	
	VOP	R1	1 AÑO
	VOP	R2	5 AÑOS
	ROTAVIRUS	1	< 1AÑO
	ROTAVIRUS	2	
	SRP	1	1 AÑO
	SRP	2	5 AÑOS
	NEUMOCOCO	1	< 1AÑO
	NEUMOCOCO	2	
	NEUMOCOCO	3	
	FIEBRE AMARILLA	1	1 AÑO
	HEPATITIS A	1	
	HPV	1	
	HPV	2	Mujeres de ≥ 9 y < 18 años
HPV	3		

	INFLUENZA	1	< 1 AÑO	1
	INFLUENZA	2		1
	INFLUENZA	RE F	1 AÑO	1
	Td o TT	1	MEF	0,22
	Td o TT	2		0,22
	Td o TT	3		0,22
	Td o TT	4		0,1
	Td o TT	5		0,1
ATENCIÓN AL ADULTO	Consulta de detección de alteraciones del adulto por médico			1
	Parcial de orina en adultos			1
	Creatinina adultos			1
	Glicemia basal en adultos			1
	Colesterol alta densidad en adultos		45,50,55,60,65,70,75,80,85,90,95,100	1
	Colesterol baja densidad en adultos			1
	Colesterol total en adultos			1
	Triglicéridos en adultos			1
	Antígeno prostático (detección precoz de Ca de próstata)			1
	Sangre oculta en heces (detección precoz de Ca de Colon)			1
SALUD VISUAL	Medición de agudeza visual		4, 11, 16, 45 años.	1
	Consultas de oftalmología para detección de las alteraciones de agudeza visual		45,50,55,60,65,70,75,80,85,90,95,100	1
PLANIFICACION FAMILIAR	Consulta preconcepcional		Pob. 15 a 49 años	0,049
	Consulta de planificación familiar primera vez con intención de no procrear			0,045
	Aplicación de dispositivo intrauterino			0,002
	Consulta control post inserción DIU			0,002
	Procedimiento de esterilización femenina			0,0179
	Consulta de control post esterilización femenina			0,0179
	Entrega de anticonceptivos orales- inyectables mensuales		Mujeres 15 a 49 años	0,2157
	Consultas de control a mujeres que planifican con anticonceptivos hormonales orales o inyectables mensuales			0,1668
	Entrega de anticonceptivos inyectables trimestrales			0,0489
	Consultas de control a mujeres que planifican con anticonceptivos hormonales orales o inyectables mensuales			0,0489
	Consulta inserción de implante Subdérmico			0,0489
	Consulta de control post inserción de implante Subdérmico			0,0489
	Tratamientos de anticoncepción de emergencia a entregar			0,021
	Consulta de planificación familiar hombres		Hombres 15 a 49 años	0,0025
	Consulta de control de planificación familiar hombres			0,0045
	Vasectomía			0,0025
CONTROL PRENATAL	Consulta prenatal de primera vez por médico		Gestantes	1
	Serología VDRL - RPR 1er y 3er trimestre			2
	Consulta de control prenatal por médico			3
	Consulta de control prenatal por enfermera			8
	Hemograma completo			1
	Hemoclasificación			1
	Uroanálisis 1er y 3er trimestre			2
	Glicemia			1
	Ultrasonografía pélvica obstétrica 1, 2 y 3er trimestre			3
	Suministro de multivitamínicos Ácido Fólico			9
	Suministro de multivitamínicos Sulfato Ferroso			9
	Suministro de multivitamínicos Carbonato de Calcio			9
	Consulta odontológica general de la gestante			1
	Aplicación Tda Acelular			1
	Consejería VIH pre y post			1
	Consejería en lactancia materna exclusiva			2

	Prueba Rapida VIH		1
	test Osullivan		1
	Urocultivo		1
	Frotis vaginal		1
	Prueba de Hepatitis B		1
	Prueba toxoplasma		1
ATENCION PARTO	Atención del parto y cesárea	Gestantes	1
	Serología (VDRL - RPR) Madre		1
	Aplicación de doble viral (SR) Madre		1
	Consulta médica de control Madre		1
ATENCION RECIEN NACIDO	TSH toma y análisis	Niños cero años	1
	Aplicaciones de Vitamina K		1
	Hemoclasificación		1
	Consulta médica de control del recién nacido por medico o enfermera		1
CANCER DE CUELLO	Citología cervicouterina	Mujeres de 25 a 69 años	0,6
	Colposcopia *		0,05
	Toma de biopsia*		0,05
	Lectura de biopsia*		0,05
CANCER DE MAMA	Mamografías	Mujeres >= 50 años	0,5
	Biopsia por punción con aguja fina toma		0,07
	Biopsia por punción con aguja fina lectura		0,07

¿COMO ACCEDER AL SERVICIO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN?

El acceso de los afiliados a los servicios de Promoción y Prevención se hace por el I NIVEL DE COMPLEJIDAD sin restricciones geográficas, culturales, económicas ni organizacionales, a través de la red prestadora de servicios contratado por COMFAMILIAR CARTAGENA EPS'S



PROGRAMAS Y SERVICIOS DE PROMOCION DE LA SALUD: Comprende las acciones de Educación en derechos y deberes en el SGSSS y las acciones de promoción de la Salud dirigidos al individuo y la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el objetivo de mantener la salud, promover estilos de vida saludable y fomentar el autocuidado y la solidaridad. Incluye el suministro del material educativo:

Los contenidos de las acciones de promoción y Educación están orientadas de forma individual, familiar o grupal hacia:

- Promover la salud integral de los niños, niña y adolescentes.
- Promover la salud sexual y reproductiva.
- Promover la salud en la tercera edad.
- Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.
- Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.
- Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.
- Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.

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

Programas de Protección Específica y servicios orientados a la prevención de las enfermedades con actividades como:	
<ul style="list-style-type: none"> • Vacunación según esquema del programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) • Atención preventiva en salud Bucal • Atención del parto • Atención del Recién Nacido • Atención en planificación familiar hombres y mujeres 	El acceso a estos servicios es a través de las ESE e IPS contratadas para el I nivel de atención lo más cerca de su residencia.

Actividades, procedimientos e intervenciones para Detección temprana de:	
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años) • Alteraciones del desarrollo del joven (10-29) • Alteraciones del embarazo • Alteraciones en el adulto (> 45 años) • Cáncer de cuello uterino • Cáncer de seno • Alteraciones de la agudeza visual 	<p>El acceso a estos servicios es a través de las ESE e IPS contratadas para el I nivel de atención lo más cerca de su residencia.</p> <p>La gestante es atendida en las ESE e IPS integralmente durante sus controles prenatales y el parto.</p>

5-ACCIONES DE RECUPERACIÓN

A continuación, se resumen las áreas de servicios a las que tiene usted derecho como afiliado en materia de acciones de: promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de acuerdo con las coberturas del Plan Obligatorio de Salud.

Para mayor ilustración puede usted consultar en nuestro sitio Web la Resolución 5261, el Acuerdo No. 03 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud y demás normas que lo modifiquen, adicionen y complementen:

- Atención de urgencias
- Consulta en medicina general y especializada
- Medios de diagnóstico
- Apoyo terapéutico
- Medicamentos (Anexo 1, Acuerdo 029 de 2011)
- Terapias física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje
- Hospitalización
- Tratamientos quirúrgicos
- Odontología
- Atención integral de la gestante y recién nacido
- Y todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentran contenidas en las normas que comprenden el Plan Obligatorio de Salud (Acuerdo

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

029 de 2011.

6. ATENCION EN SALUD MENTAL

COMFAMILIAR EPS teniendo en cuenta el Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario.

De acuerdo a la atención psicológica y/o psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, y adicionales a las coberturas establecidas.

7 ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

La EPS COMFAMILIAR garantizara la atención integral de las enfermedades que se llaman ruinosas o catastróficas como son:

GRUPO POBLACIONAL	PATOLOGIA	TIPO DE ATENCIÓN
Toda la población afiliada	Cardiacas y Grandes vasos	Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón y grandes vasos
	Sistema Nervioso Central	Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central
	Reemplazos articulares	Reemplazos de Cadera y Rodilla
	Insuficiencia Renal	Diálisis peritoneal y hemodiálisis
	Grandes Quemados	Manejo médico-quirúrgico del Gran Quemado
	VIH/SIDA	Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH
	Cáncer	Quimioterapia y radioterapia para el cáncer
	Todas las patologías que ameritan UCI	Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos
	Trasplantes	Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea y de córnea
	Trauma Mayor	Manejo del trauma mayor
Enfermedades congénitas	Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas	

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




Exclusiones y Limitaciones del Plan de Beneficios

- 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.
- 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 e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente Acuerdo.
- 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 presente Acuerdo.
- Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
- Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, 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 nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
- Líquidos para lentes de contacto.
- Tratamientos capilares.

USTED TIENE DERECHOS COMO AFILIADO COMO SON:

En general, los derechos de los usuarios en salud se pueden clasificar en afiliación, atención en salud, información, libre elección y movilidad y prestaciones económicas:

- Afiliar su núcleo familiar básico como beneficiarios de los servicios de salud.
- Afiliar de inmediato al recién nacido.

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

- No ser discriminado por ningún motivo (edad, sexo, credo u otros factores).
- Recibir el carné de afiliación, como documento de identificación en el sistema
- Formar parte de las asociaciones, ligas y comités de participación ciudadana, con el propósito que los servicios contenidos en el plan de salud se presten con calidad.
- Recibir atención inicial de urgencias en todo el territorio nacional y desde el primer día de afiliación a la EPS sin que se le requiera de pagos, firma de letras, cheques ni documentos, previos a la atención.
- Acceder con oportunidad y calidad, a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Acceder con oportunidad y calidad a los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Recibir asistencia médica durante todo el proceso de su enfermedad en las fases de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de acuerdo con los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.
- Recibir el suministro de medicamentos de acuerdo con los contenidos del plan Obligatorio de salud.
- Recibir buen trato por parte de los funcionarios y profesionales de la salud que lo atiende, respetando sus creencias y costumbres.
- Someter al estudio del Comité Técnico Científico el suministro de los procedimientos o medicamentos que no se encuentren incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Se respete su voluntad de aceptar o rechazar la donación de sus órganos para que sean trasplantados a otros enfermos.
- No ser discriminado cuando se trate de procedimientos o medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud. En este caso, las tarifas que se apliquen deben ser notificadas previamente al usuario.
- Recibir los servicios de urgencias y continuidad de tratamientos en curso, durante el periodo de protección laboral.
- Ser remitido al nivel de complejidad adecuado cuando la enfermedad que padezca lo amerite, según la determinación de su médico tratante.
- Acceder a servicios con calidad, oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia.
- Recibir atención integral en sus fases de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- Recibir atención integral cuando padezca enfermedades denominadas como ruinosas y catastróficas tales como: cáncer, insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón de medula ósea y de córnea, VIH SIDA y sus complicaciones, enfermedades del corazón y del sistema nervioso central que requieran tratamiento quirúrgico, enfermedades de origen genético o congénito que requieran tratamiento quirúrgico


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

- A que le reembolsen el dinero pagado por una atención de salud recibida en otra ciudad o una IPS no contratada por la EPS.

DERECHOS DE LOS AFILIADOS

Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:


- Su derecho de elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
- Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar y el pronóstico y riesgo que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares, o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad, consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia, ojalá escrita de su decisión.
- Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones que tenga sobre la enfermedad que sufre.
- Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que solo con su autorización puedan ser conocidos.
- A que se le preste atención de referencia y contrarreferencia, que se requiera de acuerdo con sus necesidades.
- Derecho de vigilar y controlar el cumplimiento en la prestación de los servicios de salud, por parte de la IPS.
- Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en caso de enfermedad irreversible.
- Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencias, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
- Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral, cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
- Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no, en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo puede implicar.
- Su derecho que se respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otro enfermo.

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

- Su derecho a morir dignamente y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- Obtener la información relacionada con la forma en que puede acceder a los servicios de salud y las instrucciones adecuadas sobre acciones y prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Recibir información acerca del estado de salud propio o de su familiar si este se encuentra hospitalizado y asistir a las juntas médicas que se realicen para estudiar el caso, si ello fuere necesario
- Tener información actualizada sobre la red de prestadores (Clínicas y Hospitales) contratada por la EPS y a la cual puede acceder el afiliado.
- Obtener información sobre los servicios que cubre y que no cubre el plan de salud
- Gozar de absoluta confidencialidad en relación con los datos registrados en su afiliación, en los procesos de autorización y en su historia clínica
- Recibir información sobre el monto de los copagos y cuotas moderadoras correspondientes sin que en ningún caso estos pagos se conviertan en barrera para el acceso a los servicios
- Recibir respuesta oportuna sobre sus opiniones, sugerencias, peticiones, quejas y reclamos.
- Elegir libremente la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la cual desea afiliarse.
- Elegir dentro de la red prestadora de servicios de salud (Clínicas y Hospitales) ofrecida por la EPS y teniendo en cuenta los recursos disponibles, el médico, los profesionales de la salud y las instituciones de salud para que le presten la atención requerida.
- Solicitar el cambio de IPS, siempre que haga parte de la red de prestadores ofrecida.
- A trasladarse de EPS si no se está conforme con la actual, cumplido un año de afiliación o en cualquier momento, cuando se demuestre la mala calidad en la atención o se vea menoscabado su derecho de libre elección.

USTED TAMBIEN TIENE DEBERES COMO AFILIADO Y SON:

- Velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su familia.
- Usar los servicios de salud cuando realmente los necesite.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre el estado de salud.
- Acatar y cumplir las orientaciones medicas de los profesionales de la salud y guardar el debido reposo, cuando así sea indicado
- Acudir y participar en las campañas orientadas a crear un medio saludable y sin riesgos para la salud, promovidas por la EPS.

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

- Hacer buen uso del carnet y realizar los copagos a que haya lugar.
- Cumplir con los horarios de atención de las instituciones que le prestan los servicios.
- Hacer sugerencias para el mejoramiento de los servicios, de una manera cordial.
- Respetar al personal de salud que lo atiende.
- Llevar siempre esta cartilla y el carné en cualquier momento los puede necesitar.
- Participar en las asociaciones de usuarios y veedurías comunitarias, para velar porque los servicios sean prestados bien y en su totalidad.
- No alquilar ni prestar su carné, ya puede ocasionarle la pérdida de sus derechos.
- Mantener sus datos personales actualizados como nombre, apellidos, dirección, teléfono.
- Informar a la EPS las novedades relacionada con nacimientos y fallecimientos, además de esto reportar cambios de documentos por cambio de edad
- Informar a la oficina de atención al usuario de su EPS del Régimen Subsidiado de Salud cualquier inconformidad y dificultad al recibir el Servicio de salud.

¿EI REGIMEN SUBSIDIADO CONTEMPLA LOS PERIODOS DE CARENCIA?

No. El Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en salud no contempla preexistencias para sus afiliados, ni periodos mínimos de afiliación para la atención.

¿AMIGO AFILIADO SABE USTED QUE SON LOS COPAGOS Y PARA QUE SIRVEN?

Los copagos son aportes en dinero que realizan los afiliados al Régimen Subsidiado. Los copagos corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tiene como finalidad ayudar a financiar el Sistema.

¿QUE POBLACION ESTA EXENTA DE COPAGO?

LA ATENCIÓN CON CUALQUIER SERVICIO, ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO E INTERVENCIÓN INCLUIDO EN EL POS-S SERÁ GRATUITA Y NO HABRÁ LUGAR AL COBRO DE COPAGOS PARA LAS SIGUIENTES POBLACIONES:

1. Niños durante el primer año de vida
2. Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (cualquier edad)
3. Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados censales u otros, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel UNO del SISBEN tales como:
 - ✓ Población infantil abandonada mayor de un año
 - ✓ Población indigente
 - ✓ Población en condiciones de desplazamiento forzado
 - ✓ Población indígena
 - ✓ Población desmovilizada (ver numeral 4)
 - ✓ Personas de la tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de

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

asistencia social

- ✓ Población rural migratoria
- ✓ Población ROM

4. El núcleo familiar de la población desmovilizada una vez identificado mediante la encuesta SISBEN, no será sujeto del cobro de copagos siempre y cuando se clasifique en el nivel UNO del SISBEN.

¿Y POR CUALES SERVICIOS SE DEBE PAGAR COPAGOS?

Se podrá aplicar copago a todos los servicios incluidos en el POS-S, con excepción de:

1. Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones
2. Servicios de promoción y prevención
3. Programas de control en atención materno infantil
4. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
5. Enfermedades catastróficas o de alto costo
6. La atención de urgencias
7. La consulta médica, odontológica y consulta por otras disciplinas no médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, despacho de medicamentos cubiertos en el POS-S y consulta de urgencia.
8. Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías

¿CUANTO DEBE PAGAR EL AFILIADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD?

TOPES	COPAGO EN % DEL SERVICIO	VALOR MAXIMO POR EVENTO
VALOR MÁXIMO POR EVENTO	10%	½ SMMLV
VALOR MÁXIMO POR AÑO		1 SMMLV

¿COMO SE CALCULA EL VALOR DEL COPAGO?

Para efectuar el cálculo del respectivo copago, siga los siguientes pasos:

1. Exija y revise el valor total de la cuenta
2. Al valor total facturado (después de ajustes si éstos son necesarios) aplíquelo el porcentaje por servicio que le corresponda, según el régimen y el nivel de ingresos al que pertenece con la siguiente fórmula, VALOR\$ x PORCENTAJE:

RÉGIMEN	PORCENTAJE	FORMULA
SUBSIDIADO	10,00%	VALOR \$ x 0,10

3. Verifique que el resultado no sea más alto que el valor máximo establecido por evento según el régimen y el nivel de ingresos al que pertenece. Si el resultado es mayor a este tope, le corresponde un copago por ese valor máximo y si es menor al tope, pagará ese menor valor.

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

4. Verifique que la suma de todos los copagos pagados por un mismo afiliado en el acumulado de enero a diciembre de cada año no es mayor al valor máximo establecido para el año según el régimen y el nivel de ingresos al que pertenece. Si el resultado es mayor a este tope, le corresponde un copago por un valor que sumado a los anteriores no supere dicho máximo (VALOR\$ MAXIMO AÑO – COPAGOS ACUMULADOS AÑO) y si es menor al tope, pagará el valor que le corresponda según el numeral 3.

**Si tiene dudas o quieres ampliar información al respecto del COPAGO
Puede dirigirse a la oficina de atención al usuario de COMFAMILIAR EPS
subsidiada o llamar al Línea gratuita 018000-915347 – 3174297326-
6563861**

CUOTAS MODERADORAS

Este tipo de recaudo no aplica para los afiliados al régimen subsidiado.

¿A CUALES MEDICAMENTOS TIENEN DERECHO LOS AFILIADOS?



Todo afiliado tiene derecho a los medicamentos incluidos en el POS-S según anexo 1 del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES, usted puede reclamarlos presentando la formula dada por el médico junto con el carné de afiliado y el documento de identidad

Señor Afiliado verifique que el médico que prescribe la formula le entregue en original y copia, diligenciadas en letra legible, incluyendo la siguiente información:

De la prescripción de los medicamentos

Características de la prescripción. Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la **Denominación Común Internacional (Nombre genérico)**.

- Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
- La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.
- No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos,

abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución.

- La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.
- *Contenido de la prescripción.* La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:
 - Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
 - Lugar y fecha de la prescripción.
 - Nombre del paciente y documento de identificación.
 - Número de la historia clínica.
 - Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
 - Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
 - Concentración y forma farmacéutica.
 - Vía de administración.
 - Dosis y frecuencia de administración.
 - Período de duración del tratamiento.
 - Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
 - Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
 - Vigencia de la prescripción.
 - Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

Después de recibir atención médica, diríjase inmediatamente a la droguería más cercana de su residencia presentando fórmula médica, carné de afiliación y documento de identidad.

RED DE DROGUERIAS

MUNICIPIO	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELEFONO
Arjona	Droguería Doris	Calle Bellavista # 44 - 134	6284875
Arroyo hondo	Via medical	Calle El Parque numero2-52	3116791203-3043590024
Cartagena	SUMECAR	CARRERA 9 No. 38-76 BOQUILLA	3156391745 - 6724552 (Ext. 124-125).
		LA ESPERANZA CRA 19 No. 35-42	3156391745 - 6724552 (Ext. 124-125).
		CRA 17 No. 46 - 8 CALLE SANTANDER	3156391745 - 6724552 (Ext. 124-125).
		SECTOR SAN JOSE OBRERO DIAGONAL 32 No. 71-30	3156391745 - 6724552 (Ext. 124-125).
		CALLE PUERTO DURO No. 28-18	3156391745 - 6724552 (Ext. 124-125).
		CRA 17 No. 46 - 8 CALLE SANTANDER	3156391745 - 6724552 (Ext. 124-125).
		POZON MANZANA 2 169 No. 102	3156391745 - 6724552 (Ext. 124-125).
		SAN FDO CRA 83 NO. 21-04 SECTOR MEDELLIN	3156391745 - 6724552 (Ext. 124-125).
Clemencia	Via medical	PIE DE LA POPA CALLE REAL No. 30 - 21	3156391745 - 6724552 (Ext. 124-125).
		Carrera 13 Diagonal a la Droguería Anita.	3114183807
Magangué	SUPERDROGUERIA CONFIAR E.U.-MAGANGUE	AVENIDA COLOMBIA CALLE 16 N° 11-22	6875045-314 5951461
Mahates	Via medical	Carrera 43 número 13-51 Calle la Variante barrio Santander.	3043577997
Malagana	Vía medical	Calle El Comercio	3188636538
Palenque	Vía medical	Calle San Antonio N°15-103	3043590025

Margarita	Via medical	Calle 4 KRA 3-460	3135931918
	Via medical	Calle 44 , Kra 3-631p	312-6876840
María la baja	Via medical	Kra 15 N° 21- 28	3015519670
Mompox	Via medical	Calle 18 # 1 A - 116	6855698
Morales	E.S.E. HOSPITAL SAN SEBASTIAN DE MORALES	Kilómetro 1 Vía Puerto Bolívar	5698067
San Estanislao de Kostka	Via medical	Kra 25 N°23 - 62	3015519645
San Fernando	Via medical	Barrio Santo Domingo Calle 412 a _12p	3205882487
Santa Catalina	Via medical	Calle 13 de Junio, al lado de panadería Katty	300 7425818
San Cristobal	Via medical	Kra 4 N° 03- 53	601 3590027
Simiti	Droguería Única	Simiti Calle Real # 28-82	5699319-3132107984
	Droguería Don Afranio	Calle del Hospital N°9-54	312-3086551
	Droguería Bladimir	Calle principal del Hospital	315-7730428
Talaigua Nuevo	Via medical	Calle 14 No 4-71	6837657
		Diagonal 7 N°12-150	321-5939565
Turbaco	Via medical	Calle del Cerro, N° 12ª-84	3015520669
Turbana	Via medical	Calle la Centella N°4-81 , bajada el paraíso	3176825514

IMPORTANTE

Señor(a) afiliado si usted tiene alguna inquietud sobre los medicamentos a los cuales usted tiene derecho puede consultar en la oficina de atención al usuario de COMFAMILIAR CARTAGENA EPS más cercana a su residencia o acceder a la página www.comfamiliar.org

¿QUÉ ES UN SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y PARA QUE SIRVE?

El Sistema de Referencia y Contrareferencia está conformado por la Instituciones de Servicios de Salud contratadas por COMFAMILIAR CARTAGENA EPS para proteger la salud y la integridad del afiliado, si el usuario necesita una atención especializada garantizando el traslado oportuno del paciente a una IPS que preste el servicio de salud que requiera.

Baja Complejidad: Los afiliados a COMFAMILIAR CARTAGENA EPS ingresan al Sistema, por urgencias o por consulta externa de baja complejidad.

La atención del paciente por la IPS de baja complejidad de la red contratada no requiere de una autorización por parte de la EPS. El usuario solicita la atención directamente en la IPS asignada.

Media y Alta Complejidad: El ingreso del paciente afiliado a COMFAMILIAR CARTAGENA EPS a los servicios de mediana y alta complejidad se da por **URGENCIA** o por **REMISION**.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud debe reportar de manera obligatoria a COMFAMILIAR CARTAGENA EPS, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención.

Referencia:

La referencia de los afiliados a COMFAMILIAR CARTAGENA EPS puedo ser:

Urgentes: Para los casos de remisión por causas de urgencia vital en donde esté en peligro la vida del paciente, la referencia no amerita autorización previa por parte de la EPS COMFAMILIAR CARTAGENA.

Electivas: Para los casos de remisión electiva para la realización exámenes diagnósticos, consultas médicas de mediana y alta complejidad es necesaria la solicitud de autorización de los servicios de salud a la EPS COMFAMILIAR CARTAGENA por parte de las IPS de la red de servicios contratada.

Contrareferencia: La contrareferencia de los afiliados a COMFAMILIAR CARTAGENA EPS está definida en los contratos de prestación de servicios de salud acordados con las IPS, las contrareferencias debe ser entregada al usuario por el médico tratante y reportada a la EPS COMFAMILIAR CARTAGENA, para hacer el seguimiento del manejo del afiliado y el seguimiento y auditorias pertinentes.

¿QUE ES UNA RED DE SERVICIOS?

Es un conjunto organizado de instituciones de salud de distintos niveles de complejidad contratados por COMFAMILIAR CARTAGENA EPS para prestar los servicios del Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, en forma humanizada e integral con características de oportunidad, accesibilidad y suficiencia respondiendo así a sus necesidades de salud.

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad de acceder a un servicio de salud sin restricciones geográficas, culturales ni organizacionales.
- **Suficiencia:** Es la satisfacción oportuna de las necesidades de salud de las personas, en forma adecuada a su estado de salud.
- **Oportunidad:** Es la capacidad de satisfacer las necesidades de salud de la persona que requiere el servicio.

 <p>Comfamiliar Cartagena y Bolívar Nuestro Caja de Compensación</p>	CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DE LOS PACIENTES	

¿QUE ES UNA URGENCIA?

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

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS COMFAMILIAR CARTAGENA o remisión, como tampoco el pago de copago.

Cualquier IPS nacional de servicio público puede prestarle la atención Inicial de urgencias al afiliado a Comfamiliar EPS del Régimen Subsidiado sin que medie convenio o contrato alguno.

¿COMO SE DEMUESTRA LA AFILIACIÓN A LA EPS COMFAMILIAR Y QUE DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR?

La EPS COMFAMILIAR CARTAGENA al momento del evento de libre elección y después de firmar su formulario de afiliación le hará entrega del carné o los carnés que los acredita como afiliados.

Dicho carné tendrá una vigencia indefinida mientras permanezca en COMFAMILIAR CARTAGENA EPS. Caducara, es decir, se debe devolver en el momento que se pierda la condición de afiliado al Régimen Subsidiado.

SEÑOR AFILIADO CUNDO REQUIERA SERVICIOS DE SALUD Y PARA REALIZAR LA COMPROBACIÓN DE DERECHOS BEBE PRESENTAR SU CEDULA DE CIUDADANÍA Y SU CARNÉ ORIGINAL.

¿COMO PUEDO CAMBIARME DE EPS?

El procedimiento inicia cuando el afiliado a otra EPS expresa LIBREMENTE su voluntad de traslado a COMFAMILIAR CARTAGENA EPS, el auxiliar de afiliación y registro diligencia el formulario de traslado y se expide el respectivo carnet el cual entrara en vigencia desde la fecha de suscripción del FUAT (formulario único de afiliación y traslados), en caso de que el traslado sea por incumplimiento de las obligaciones de la EPS, se tramitara ante la EPS seleccionada su novedad de traslado la cual se entenderá efectiva bajo los parámetros señalados en el punto anterior.

¿COMO PUEDO ELEGIR LIBREMENTE LA IPS?

Al momento de la afiliación la EPS COMFAMILIAR CARTAGENA informara al potencial afiliado la Red de prestadores de servicios de salud disponible, garantizando este puede elegir libremente la Institución Prestadora de Servicios de Salud donde desea ser atendido.

 <p>Comfamiliar Cartagena y Bolívar Nuestro Caja de Compensación</p>	CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DE LOS PACIENTES	

De igual manera los afiliados podrán solicitar en la oficina de afiliación y registro de COMFAMILIAR CARTAGENA EPS el cambio de Institución Prestadora de Salud motivado por las siguientes razones: Cuando sean vulnerados los principios de calidad accesibilidad, oportunidad, integralidad y seguridad.

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE IPS

- La Solicitud de cambio debe ser por escrito
- La Institución Prestadora de Servicios de Salud debe pertenecer a la Red de servicios de la EPS COMFAMILIAR CARTAGENA
- Que cuenten con los servicios requeridos habilitados

¿COMO AFILIO A UN RECIEN NACIDO HIJOS DE AFILIADOS?

Todo recién nacido, hijo de afiliado a COMFAMILIAR CARTAGENA EPS, automáticamente quedara afiliado a la Empresa Promotora de servicios de Salud, al que pertenezca el cabeza de familia quien debe reportar la novedad a la EPS, anexando el Registro Civil de Nacimiento, copia del carné del padre afiliado y copia del documento de identidad del padre afiliado.

Es importante anotar para lograr la efectividad del proceso de carnetización del recién nacido, depende de su colaboración en la entrega oportuna de los documentos antes mencionados ante la oficina de afiliación y registro de COMFAMILIAR CARTAGENA EPSS.

La EPS diligenciará el formulario único de afiliación y traslado, se hará la entrega del carné.

Fallecimiento de un afiliado

Informe a la Empresa Promotora de servicios de Salud del Régimen Subsidiado COMFAMILIAR CARTAGENA, el fallecimiento de uno de sus afiliados, para reportar la novedad acérquese a la oficina de información y atención al usuario más cercana a su residencia y presente el certificado de defunción y el Carné del afiliado fallecido.

Actualización datos del carné

Si tiene algún tipo de actualización en sus datos personales repórtelos en la oficina más cercana a su residencia con siguientes datos:

- Anexando su Carné de SISBEN actualizado
- Documento de identidad.
- Carné de COMFAMILIAR CARTAGENA EPS`S

Cambio de dirección

En caso de cambio de dirección, el afiliado debe diligenciar la novedad indicando los siguientes datos:

Anexando su Carné de SISBEN actualizado con su nueva dirección, Datos de la dirección completa.

No olvide incluir los documentos de identidad de las personas que se trasladan y las copias de los carnés de afiliados.

¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS IMPLEMENTADO POR COMFAMILIAR EPS?

El procedimiento de autorizaciones implementado por COMFAMILIAR CARTAGENA EPS depende al tipo de servicios de salud solicitado y al nivel de complejidad al cual pertenece:

Para el **I NIVEL DE BAJA COMPLEJIDAD** (consulta médica, odontología y odontología general y programas de P y P), no amerita autorización por parte de la COMFAMILIAR CARTAGENA EPS, la IPS asignada para su atención será la encargada de validar la atención.

La autorización para servicios de **MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD**: Las solicitudes de servicios de salud deben contener los siguientes ítems:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Tipo de servicio solicitado: posterior a la atención de urgencias o servicios electivos.• Prioridad de la atención: prioritaria o no prioritaria. |
|--|

Los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias deberán darse por parte de la EPS Comfamiliar teniendo en cuenta los siguientes términos:

- Para atención subsiguiente a la atención a la atención inicial de urgencias: Dentro de los (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
- Para la atención de servicios adicional: Dentro de las (6) horas siguientes al recibido de la solicitud.

Solicitud de servicios electivos: La respuesta positiva o negativa de autorización de servicios deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador. En caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador dentro de los (2) días hábiles siguientes al recibido de la solicitud.

COMFAMILIAR CARTAGENA EPS- informara al usuario si la solicitud de servicios electivos fue aceptada o negada, en caso de ser autorizado el servicio se indicará la red de prestadores disponibles para que los afiliados seleccionen la IPS y pueda concertar su cita.

En caso de ser negativa la respuesta a la solicitud de servicios electivos, la EPS COMFAMILIAR CARTAGENA le diligenciará el formato único de negación de servicios definido por la Superintendencia Nacional de Salud y seguir el procedimiento de autorización por parte del Ente Territorial.

¿A QUIEN LE CORRESPONDE PAGAR EL TRASLADO DE UN PACIENTE Y ESTADÍA?

Todos los usuarios que, por indicación médica, necesiten ser trasladados de un organismo de nivel bajo de salud a otro de nivel superior, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución donde están siendo atendidos y será asumido por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, a la que estén afiliados.

Pacientes de Alto Costo: El traslado de Pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requiere un traslado a un nivel superior de atención.

Urgencias: Se cubre el costo del traslado interinstitucional de los pacientes a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.

Los traslados primarios sean básicos, intermedios o de atención pre hospitalaria no hace parte de las coberturas del POS-S dentro de la atención inicial de urgencia.

ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO

Señor afiliados COMFAMILIAR CARTAGENA EPS`S para brindarle un mejor servicio pone a su disposición los siguientes puntos de atención en los cuales puede solicitar los siguientes servicios: Autorizaciones de servicios de salud, carnetización, afiliación, presentación de novedades, recepción de quejas, reclamos e información sobre plan de beneficios, derechos, deberes y procedimientos administrativos.

Nº	MUNICIPIO/ DIRECCION	RESPONSA BLE	Correo electrónico	CELULAR	CAPACIDAD DE ATENCIÓN
1	CARTAGENA CLL REAL DEL PIE DE LA POPA # 21-23	YERLIS CHICO GUTIERREZ	Atencionalusuario.eps@c omfamiliar.org.co	3187854982	120 PERSONAS
2	ARJONA CALLE JUNCAL SEDE CATALINA HERRERA	YORELIS MARTINEZ	Administracion.arjona@c omfamiliar.org.co	3002399274	60 PERSONAS
3	ARROYO HONDO CALLE PRINCIPAL	INGRID AGUILAR	Administracion.arroyoho ndo@comfamiliar.org.co	3116530640	50 PERSONAS
4	CLEMENCIA LA CORDIALIDAD DIAGONAL AL PALACIO MUNICIPAL	LUIS SUAREZ	Administracion.clemencia @comfamiliar.org.co	3116913491	50 PERSONAS
5	MAGANGUE CALLE LA ESPERANZA CRA 4TA Nº 12-87	LORENA ARROYO	Administracion3.magang ue@comfamiliar.org.co	3017302043 3162682522	80 PERSONAS
6	MAHATES BARRIO LA VERA CLL REAL	MAITE CERVANTES	Administracion.mahates @comfamiliar.org.co	3183705888	50 PERSONAS
7	MARIA LA BAJA SECTOR LA PLAZA DIAGONAL A LA IGLESIA	ARACELYS SALINAS	Administracion.marialaba ja@comfamiliar.org.co	3122320423	50 PERSONAS
8	MORALES CALLE 2DA	LEYDIS	Administracion.morales	3012144183	50 PERSONAS

	EN LA PARTE DE ATRAS RESIDENCIAS TORCOROMA	HERNADEZ	@comfamiliar.org.co		
9	SAN CRISTOBAL CALLE PRINCIPAL	ESCILDA PAYARES	Administracion.sancristobal@comfamiliar.org.co	3105338460	50 PERSONAS
10	SAN ESTANISLAO DE KOSKA CALLE EL COMERCIO	GLEDYS CASTRO	Sanestanisla@comfamiliar.org.co	3145515202	50 PERSONAS
11	SANTA CATALINA CALLE PRINCIPAL FRENTE A LA IGLESIA	MARILIN RAMIREZ	Administracion.santacatalina@comfamiliar.org.co	3046535188	50 PERSONAS
12	SIMITI CALLE PRINCIPAL	GUSTAVO SURMAY	Administracion.simiti@comfamiliar.org.co	3172543476	50 PERSONAS
13	TALAIGUA CRA 5TA N° 14-43	JANA DEFEX	Administracion.talaigua@comfamiliar.org.co	3045775320	50 PERSONAS
14	SAN FERNANDO CALLE PRINCIPAL	GENIS PUELLO	Administracion.sanfernando@comfamiliar.org.co	3176644955	50 PERSONAS
15	MARGARITA CALLE PRINCIPAL DIAG A LA PARROQUIA SAN FRANCISCO JAVIER	NIVALDO NOVA	Administracion.margarita@comfamiliar.org.co	3176644955	50 PERSONAS
16	TURBACO	MARLENE TORREGLOZA	Administracion.turbaco@comfamiliar.org.co	3014055378	80 PERSONAS
17	TURBANA CALLE PRINCIPAL FRENTE A LA IGLESIA	PAOLA CASTILLO	Administracion.turbana@comfamiliar.org.co	3016321554	50 PERSONAS
18	MOMPOX CALLEJON LA SIERPE N° 1A-79	BENINCIA COGOLLO	Administracion.mompox@comfamiliar.org.co	3176644955	80 PERSONAS

COMFAMILIAR EPS

Está interesada en conocer las dudas o problemas que usted tenga como afiliado al Régimen Subsidiado

LLAMENOS A LA LINEA GRATUITA

018000915347

318-7854982 318-3705874

www.comfamiliar.org

¿COMO SE DEMUESTRA LA AFILIACIÓN A LA EPS COMFAMILIAR Y QUE DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR?

La EPS COMFAMILIAR CARTAGENA al momento del evento de libre elección y después de firmar su formulario de afiliación le hará entrega del carné o los carnés que los acredita como afiliados.

Dicho carné tendrá una vigencia indefinida mientras permanezca en COMFAMILIAR CARTAGENA EPS. Caducara, es decir, se debe devolver en el momento que se pierda la condición de afiliado al Régimen Subsidiado.



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

SEÑOR AFILIADO CUNDO REQUIERA SERVICIOS DE SALUD Y PARA REALIZAR LA COMPROBACIÓN DE DERECHOS DEBE PRESENTAR SU CEDULA DE CIUDADANÍA, REGISTRO CIVIL O TARJETA DE IDENTIDAD.

¿COMO PUEDO CAMBIARME DE EPS?

El procedimiento inicia cuando el afiliado a otra EPS expresa LIBREMENTE su voluntad de traslado a COMFAMILIAR CARTAGENA EPS, el auxiliar de afiliación y registro diligencia el formulario de traslado y se expide el respectivo carnet el cual entrara en vigencia desde el primer día del periodo de contratación siguiente, en caso de que el traslado sea por incumplimiento de las obligaciones de la EPS tramitara ante la EPS seleccionada su novedad de traslado la cual se entenderá efectiva a partir del primer día del mes siguiente a la radicación del formulario único nacional de afiliación y traslado.

¿COMO PUEDO ELEGIR LIBREMENTE LA IPS?

Al momento de la afiliación la EPS COMFAMILIAR CARTAGENA informara al potencial afiliado la Red de prestadores de servicios de salud disponible, garantizando este puede elegir libremente la Institución Prestadora de Servicios de Salud donde desea ser atendido.

De igual manera los afiliados podrán solicitar en la oficina de afiliación y registro de COMFAMILIAR CARTAGENA EPS el cambio de Institución Prestadora de Salud motivado por las siguientes razones: Cuando sean vulnerados los principios de calidad accesibilidad, oportunidad, integralidad y seguridad.

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE IPS

- La Solicitud de cambio debe ser por escrito
- La Institución Prestadora de Servicios de Salud debe pertenecer a la Red de servicios de la EPS COMFAMILIAR CARTAGENA
- Que cuenten con los servicios requeridos habilitados

¿COMO AFILIO A UN RECIEN NACIDO HIJOS DE AFILIADOS?

Todo recién nacido, hijo de afiliado a COMFAMILIAR EPS, automáticamente quedara afiliado a la Empresa Promotora de servicios de Salud, al que pertenezca el cabeza de familia quien debe reportar la novedad a la EPS, anexando el Registro Civil de Nacimiento.

La EPS diligenciará el formulario único de afiliación y traslado, se hará la entrega del carnet.

FALLECIMIENTO DE UN AFILIADO

Informe a la Empresa Promotora de servicios de Salud del Régimen Subsidiado COMFAMILIAR CARTAGENA, el fallecimiento de uno de sus afiliados, para reportar la novedad acérquese a la oficina de información y atención al usuario más cercana a su residencia y presente el certificado de defunción y el Carné del afiliado fallecido.

ACTUALIZACIÓN DATOS DEL CARNÉ

Si tiene algún tipo de actualización en sus datos personales repórtelos en la oficina más cercana a su residencia con siguientes datos:

- Anexando su Carné de SISBEN actualizado
- Documento de identidad.
- Carné de COMFAMILIAR EPS`S

CAMBIO DE DIRECCIÓN

En caso de cambio de dirección, el afiliado debe diligenciar la novedad indicando los siguientes datos:

Anexando su Carné de SISBEN actualizado con su nueva dirección, Datos de la dirección completa.

No olvide incluir los documentos de identidad de las personas que se trasladan y las copias de los carnés de afiliados.

¡PARTICIPAR ES UN DERECHO Y UN DEBER DE TODOS!

La participación es un principio del Sistema de Seguridad Social en salud la participación social y la concertación y que como parte de su organización se prevé a sus integrantes el derecho de participar a través de los Comités de Participación Comunitaria o "copacos", asociaciones o ligas de usuarios y veedurías, en todas las instancias del sistema.

Recordemos que participar es también nuestro deber, asumimos el reto de participar activamente en nuestro bienestar y el de los nuestros, elevando así el nivel de vida de nuestra comunidad.

¿CUALES SON LAS FORMAS DE PARTICIPACION?

Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

LA PARTICIPACION SOCIAL, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

LA PARTICIPACION CIUDADANA, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

LA PARTICIPACION COMUNITARIA, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.



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

Las **Alianzas o Asociaciones de Usuarios** son las agrupaciones de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS, que velaran por la calidad del servicio y la defensa de los usuarios.

El Defensor del Usuario en Salud es vocero de los usuarios ante las respectivas Entidades Promotoras de Salud en cada Departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las autoridades competentes de las quejas relativas a la prestación del servicio de salud. Es importante tener en cuenta que esta figura está en proceso de reglamentación por parte del Ministerio de la Protección Social y no ha entrado a operar.

MECANISMOS PARA LA PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS

Existen unos mecanismos para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud y garantizar cumpla sus funciones, dentro de los mecanismos que cuentan los usuarios tenemos:

SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO

Comfamiliar EPS tiene establecido el servicio de atención a los afiliados el cual permite obtener oportuna y eficazmente una atención a las dificultades que se presenten en la prestación del servicio de salud y a través del cual se cumplen las siguientes funciones:

- Atención personalizada para orientar permanentemente a los afiliados sobre solución de sus inquietudes, peticiones, quejas y reclamos, autorizaciones, citas y demás gestiones administrativas necesarias para lograr la atención de salud que requiere.
- Atención telefónica abierta para atención permanente de 24 horas 01800915347.
- Atención de las sugerencias de los afiliados, garantizando la adecuada y oportuna canalización de las inquietudes y peticiones de los afiliados.
- Evaluación del servicio, utilizando instrumentos como la encuesta y dicha información debe convertirse en fuente de cambios basados en la percepción de los usuarios en la búsqueda del mejoramiento de servicios.
- Suministro de información sobre los contactos red de prestadores a la cual los usuarios pueden acceder para recibir los servicios de salud.

FORMATO DE NEGACION DE SERVICIOS

Mecanismo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud en defensa de los derechos de los usuarios, como instrumento a través del cual, cuando le sea negado un medicamento o un servicio, el usuario tendrá constancia por escrito de las razones por las cuales no le han sido proporcionados los medicamentos, procedimientos o intervenciones solicitados a la entidad aseguradora o prestadora y determinar si podía

TRAMITES ANTE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Cuando al usuario se le presenten algún tipo de inconvenientes o conflictos relacionados con la cobertura, libre elección, movilidad en el sistema y después de haber agotado los procedimientos y mecanismos manejados por COMFAMILIAR CARTAGENA EPS puede acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud para ser atendidos los reclamos, quejas y demás peticiones de vulneración de derechos de salud.

Para acceder a la Superintendencia de podrá adoptar por algunos de estos medios:

- **Página Web:** www.supersalud.gov.co. En el icono de Peticiones y Reclamos sobre el sector salud, los usuarios pueden ingresar por primera vez quejas y reclamos o consultar el estado del trámite de su queja
- **Línea gratuita nacional:** 018000910383 marcando desde cualquier teléfono fijo el número los usuarios que se encuentren fuera de Bogotá pueden acceder gratuitamente a este servicio.
- **Centros de contacto:** En el número fijo 6500870 en la Ciudad de Bogotá pueden los usuarios encontrar solución a sus inquietudes y dudas frente al Plan de Beneficios y demás inquietudes del sector salud.
- **Oficina de atención al Usuario:** En la ciudad de Bogotá la oficina de atención al usuario en la carrera 7 No 32-63 en la reviran atención personalizada y orientación y acompañamiento para la resolución de inquietudes en el reconocimiento de los derechos de salud
- **Presentación de peticiones escritas:** Los reclamos que se presenten los usuarios por inconvenientes e irregularidades en la prestación de servicios de salud, pueden ser allegadas a la Superintendencia Nacional de Salud dirigiendo la comunicación a la Cra. 13 No 32-76 de la Ciudad de Bogotá o a través de las entidades con las cuales se han suscrito convenios con este propósito, en el nivel territorial, acercándose a las sedes de las PERSONERIAS, PROCURADURIA y LA CONFEDERACION COLOMBIANA DE CONSUMIDORES ubicadas en todo el país.

ACCION DE TUTELA

La Acción de tutela fue establecida en la Constitución Política del 1.991 en el artículo 86 y es considerado como una acción pública rápida y eficaz destinada a la protección de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución.

Para contar con elementos claros de esta acción los usuarios deben tener en cuenta que:

- Cualquier usuario de la salud puede presentar una acción de tutela para protección de sus derechos
- La acción se presenta ante cualquier juez de la república
- Esta acción se puede interponer contra cualquier autoridad en salud
- El juez debe resolver la acción no puede demorarse más de (10) días hábiles para dar su respuesta.
- El fallo del juez decide sobre la protección o no del derecho a la salud y ordena la entidad demandada las acciones a seguir según sea caso.

PARTICIPACION EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

COMFAMILIAR CARTAGENA EPS garantiza la participación comunitaria y social a través de las siguientes organizaciones:

¿QUE ES UNA ASOCIACION DE USUARIOS?

Se define como una agrupación de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en el Régimen contributivo y subsidiado que se encuentren utilizando los servicios de salud y que velaran por la calidad de los servicios y defensa de los usuarios (Decreto 1754/1984).

¿CUALES SON LAS FUNCIONES DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS?

1. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la entidad promotora de salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.
2. Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.
3. Participar en las Juntas Directivas de las empresas promotoras de salud e instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario. En el caso de las privadas, se podrá participar, conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia.
4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las juntas directivas de la institución prestataria de servicios de salud y la empresa promotora de salud.
5. Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas se apliquen según lo acordado.
6. Informar a las instancias que corresponda y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados.
7. Proponer a las juntas directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.
8. Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones Socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo con lo que para tal efecto se establezca.
9. Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
10. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
11. Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.
12. Elegir democráticamente sus representantes ante la junta directiva de las empresas promotoras y las instituciones prestatarias de servicios de carácter hospitalario que correspondan, por y entre sus asociados, para períodos máximos de dos (2) años.
13. Elegir democráticamente sus representantes ante los comités de ética hospitalaria y los comités de participación comunitaria por períodos máximos de dos (2) años.

14. Participar en el proceso de designación del representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud conforme a lo dispuesto en las disposiciones legales sobre la materia.

Vigías Epidemiológicos comunitarios y de salud mental:

Son líderes comunitarios con quienes se analiza la situación de los riesgos epidemiológicos y se toman decisiones facilitando la penetración de acciones a la comunidad y el cumplimiento de los deberes y derechos del individuo, la familia y la comunidad, informando la presencia de casos de enfermedades como: Sarampión, cólera, tuberculosis, dengue y otras, para evitar epidemias en la población.

Veedurías Ciudadanas en salud

Son organizaciones ciudadanas en salud son organizaciones comunitarias que permiten a los ciudadanos ejercer vigilancia sobre la gestión de las entidades públicas y privadas encargadas de la prestación del servicio de salud. Igualmente, la veeduría ciudadana es considerada un mecanismo activo de vigilancia y control.

Funciones

1. Vigilar los procesos de planeación, para que conforme a la Constitución y la ley se dé participación a la comunidad
2. Vigilar que en la asignación de los presupuestos se prevean prioritariamente la solución de necesidades básicas insatisfechas según criterios, de celeridad, equidad y eficiencia
3. Vigilar porque el proceso de contratación se realice de acuerdo con los criterios legales vigentes
4. Vigilar y fiscalizar la ejecución y calidad técnica de las obras, programas e inversiones en el correspondiente nivel territorial
5. Recibir los informes, observaciones y sugerencias que presenten los ciudadanos y sus organizaciones en relación con las obras o programas que son objeto de veeduría
6. Solicitar a interventores, supervisores, contratistas, ejecutores, autoridades contratantes y demás autoridades concernientes, los informes, presupuestos, fichas técnicas y demás documentos que permitan conocer el cumplimiento de los respectivos programas, contratos o proyectos
7. Comunicar a la ciudadanía, mediante asambleas generales o en reuniones, los avances de los procesos de control o vigilancia que estén desarrollando
8. Remitir a las autoridades correspondientes los informes que se desprendan de la función de control y vigilancia en relación con los asuntos que son objeto de la veeduría
9. Denunciar ante las autoridades competentes los hechos o actuaciones irregulares de los funcionarios públicos

10. Velar porque la organización de la sociedad civil objeto de veeduría cumpla sus objetivos de promoción del desarrollo integral de la sociedad y de defensa y protección de los intereses colectivos.

COMITES DE PARTICIPACION COMUNITARIA

Los comités de Participación Comunitarias-COPACOS son los espacios de concertación entre los actores sociales y las autoridades locales creados en todos los municipios del país, en los cuales, en los cuales tienen presencia las asociaciones de usuarios.

Los COPACOS están integrados, entre otros por el Alcalde Municipal, Distrital o la máxima autoridad indígena (quien presida); la autoridad de salud municipal; el director o gerente de la entidad prestataria de salud del Estado más representativa del lugar; un representante por cada una de las formas organizativas sociales comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del municipio.

Quienes actúen como representantes de los COPACOS deben recordar que:

El periodo de representación ante los COPACOS es de tres (3) años, el cual podrá ser prorrogado por otro periodo igual al de la reelección.

Deben estar acreditados por las organizaciones que representan.

Deben cumplir las funciones que sean asignadas en ejercicio de su representación.

Los COPACOS podrán obtener personería jurídica, si lo consideran pertinente, para el ejercicio de sus funciones.

La Superintendencia Nacional de Salud tiene asignada la tarea de vigilar el proceso conformación y funcionamiento de las asociaciones de usuarios como parte fundamental del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, por lo cual verifica que los actores del sistema implementen y pongan en operación los procesos participativos y controlara los avances y logros que se obtenga en lo particular

¿A QUE ORGANISMO DE VIGILANCIA Y CONTROL A LOS QUE SE PUEDE DIRIGIR EL AFILIADO Y RECURIR SI SE LE PRESENTA ALGUN TIPO DE DIFICULTAD O CONFLICTO?

Los organismos de control definen acciones para corregir las acciones que afectan los derechos reconocidos a los usuarios y controlan el buen funcionamiento de las entidades que administran y prestan los servicios de salud.

NOMBRE ENTE TERRITORIAL	DIRECCION	TELEFONO	PAGINA WEB
Súper Intendencia de Salud Atención al Usuario y la Participación Ciudadana	Carrera 7ª N° 32-16 Piso 20	6075557-6075753-6075407-6075908 ext. fax 233. En Bogotá D.C el P.B.X 4837001 en el resto del País 018000513700	www.supersalud.gov.co
Secretaria Seccional de Salud de Bolívar	Calle de la Moneda Casa de la Moneda	6647247-6600956-6645315	www.bolivar.gov.co
DADIS	Calle Larga – Sede Fátima	6640037-6641243	Alvaro_cruzquintero@yahoo.es www.dadiscartagena.gov.co
ARJONA-BOLIVAR	Plaza Principal	956284566-9562997	prensa@arjona.gov.co
ARROYO HONDO-BOLIVAR	Calle 7ª N° 4-81	62294644	
CARTAGENA BOLIVAR	Calle Larga – Sede Fátima	6640037-6641243	Alvaro_cruzquintero@yahoo.es www.dadiscartagena.gov.co
CLEMENCIA-BOLIVAR	Plaza Principal	956298198	yofresiactg@red.net.co
MAGANGUE-BOLIVAR	Palacio Municipal calle 11 Cra. 2-3	0956876017	alcaldía@magangue-bolivar.gov.co
MAHATES – BOLIVAR	Plaza Principal	6396515-6396503	
MARGARITA-BOLIVAR	Calle Principal	0956823101	www.margarita-bolivar.gov.co
MARIA LA BAJA-BOLIVAR	Plaza Principal	6296111-6296259	
MOMPOS-BOLIVAR	Cra. 2da Palacio San Carlos	6855738	www.santacruzdemompos-bolivar.gov.co
MORALES-BOLIVAR	Cra. 2da Calle 17	5698039	
SAN ESTANISLAO-BOLIVAR	Calle Bolívar		
SAN FERNANDO-BOLIVAR	Calle Principal- Barrio Centro	6898574	www.sanfernando-bolivar.gov.co
SANTA CATALINA-	Plaza Principal	6298175	



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

BOLIVAR			
SAN CRISTÓBAL-BOLIVAR	Cra. 4 N° 19-43	956294611	
SIMITI-BOLIVAR	Barrio Cruces 3	5699076	www.talaiguanuevo-bolivar.gov.co
TALAIGUA NUEVO-BOLIVAR	Calle 14 N° 6-22-Esquina	6837742	dasaluct@latinmai.com
TURBACO-BOLIVAR	Plaza Principal	6637267	
TURBANA-BOLIVAR	Plaza Principal		



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

ESTAS PALABRAS Y LETRAS SE UTILIZAN PARA HABLAR DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ES CONVENIENTE QUE LAS ENTENDAMOS.

S.G.S.S.S. Sistema General de Seguridad Social en Salud.

R.S.S.S. Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud. Es decir, cuando el estado paga todo o una parte del Seguro de Salud para los más pobres y vulnerables del país.

U.P.C. El valor del Seguro que el Estado paga a una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, por cada persona de la familia para su atención en salud.

SISBEN: Sistema de identificación de beneficiarios, se utiliza para identificar y clasificar a las personas de acuerdo a su nivel de pobreza, dándoles el derecho al subsidio de salud o a otros subsidios.

EPS `S: Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado

I.P.S: Institución Prestadora de Servicios de Salud como ejemplo centros, puestos de salud, hospitales, laboratorios, consultorios.

P.O.S.S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, son los servicios de salud que usted y su familia tienen derecho a recibir.

P. A. B. Plan de Atención Básica. Son las acciones básicas y gratuitas que el Estado ofrece la comunidad a través de sus instituciones de salud. Ej.: La vacunación, tratamiento de aguas, basuras, etc.

PYP: Promoción y Prevención son actividades de promoción y educación en salud y prevención de la enfermedad

AFILIADO: Persona inscrita en una EPS del Régimen Subsidiado Beneficiaria de subsidio por estar clasificada en nivel 1 o 2 del Sisbén.

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.