

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 1 de 46</p>   |



**CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD**

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>   |  |  |
|   | <b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  |   |
| VERSIÓN: 4.0  | CÓDIGO: MIGSSGSSGS01  | FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022 | Página 2 de 46  |

### CONTROL DE DOCUMENTOS

|  |  |                             |  |
|--|--|-----------------------------|--|
| <b>Elaboró:</b><br>Arlina Tovío Cárdenas   | <b>Cargo:</b><br>Profesional encargado             | <b>Fecha:</b><br>06/09/2021 | <b>Firma:</b><br> |
| <b>Revisado técnicamente en O.P.S</b><br><b>CAMILO JOSÉ RODRIGUEZ C</b>                  | <b>Cargo:</b><br>Profesional encargado             | <b>Fecha:</b><br>13-01-2022 | <b>Firma:</b><br> |
| <b>Aprobado mediante:</b><br><b>Acta:</b><br><b>Acto Administrativo:</b><br><b>Fecha</b> | 001 DE 2022<br><b>RESOLUCIÓN 027</b><br>28-01-2022 |                             |  |

### CONTROL DE CAMBIOS

| Versión | Fecha y acto administrativo de aprobación | Cambio   | Solicitante   |
|---------|---|--|---|
| 1.0     | Resolución No. 5700 de diciembre 20/2013  | Documento nuevo  | Nury Navarro Hernández                                    |
| 2.0     | Resolución No. 0221 de febrero 18/2015    | Red de prestación de servicio de salud y restructuración de contenido  | Nury Navarro Hernández                                    |
| 3.0     | Resolución No. 1897 de 10/11//2015        | Se incluyó los ítems de transporte y estadía, condiciones para la verificación de derechos, portabilidad, posición en el ordenamiento (ranking), acreditación, Comportamiento como pagador de servicios y sanciones y se modificó el ítem directorio por servicio administrativo de contacto dar cumplimiento de Resolución 4343 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social | Nury Navarro Hernández                                    |
| 4.0     | <b>RESOLUCIÓN No. 027 DEL 28-01-2022</b>  | Se incluye nuevos logos de la Entidad, de acuerdo con el Sistema Integrado de Gestión SIG y nuevos conceptos en el glosario, cambio de proceso y cambio en la codificación del documento, objeto, alcance y base legal. Se actualiza con base en los lineamientos establecidos en la Resolución No. 229 del 20 de febrero de 2020 "Por la cual definen                               | Luz Helena Gutiérrez Suárez y Rubén Alonso Méndez Pineda. |

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <p><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b></p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>   | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |   | <p>Página 3 de 46</p>   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social de Salud – EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Se solicita la eliminación de la Carta de Deberes y Derechos del Afiliado y del Paciente y de Desempeño del listado maestro de documentos del proceso Atención al Ciudadano y se realice su traslado al listado maestro de documentos del Grupo Interno de Trabajo de Servicios de Salud.</p> |  |
|--|--|--|--|

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 4 de 46</p>   |

## TABLA DE CONTENIDO

|   |           |
|---|-----------|
| CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DEL PACIENTE Y DE DESEMPEÑO.....   | 5         |
| CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DEL PACIENTE Y DE DESEMPEÑO .....  | 7         |
| 1. OBJETIVO .....   | 8         |
| 2. ALCANCE .....  | 8         |
| 3. BASES LEGALES .....  | 8         |
| 4. DEFINICIONES.....  | 10        |
| 5. PLAN DE BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES .....   | 12        |
| 6. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA FERROCARRILES NACIONALES .....   | 16        |
| 6.1. MODELO DE ATENCIÓN BASADO EN MEDICINA FAMILIAR .....   | 16        |
| <b>6.2. RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>6.2.1. Ruta integral de atención Promoción y Mantenimiento de la salud .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>6.2.2. Ruta de atención integral para las Personas En Riesgo Cardio-cerebro-vascular y metabólico más Programa de Nefroprotección.....</b> | <b>18</b> |
| <b>6.2.3. Ruta integral de atención para Detección Temprana y Control del cáncer .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>6.2.4. Ruta de atención integral Cáncer de cuello uterino .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>6.2.5. Ruta de atención integral de Cáncer de Mama.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>6.2.6. Programa de Atención Cáncer de Próstata .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>6.2.7. Cáncer coló-rectal.....</b>   | <b>20</b> |
| 7. PROTECCIÓN ESPECÍFICA: .....   | 20        |
| 8. INCENTIVOS .....   | 21        |
| 9. PAGOS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS .....   | 21        |
| 9.1. Cuotas moderadoras:.....   | 21        |
| 9.2. Copagos:.....  | 21        |
| 9.3. Afiliados Adicionales: .....   | 21        |
| 10. RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS .....  | 22        |
| 11. ATENCIÓN DE URGENCIA .....  | 22        |
| 12. MECANISMO DE ACCESO A LOS SERVICIOS .....   | 24        |
| 13. ¿CÓMO SOLICITAR UNA CITA DE MEDICINA GENERAL? .....   | 24        |

|   |  |  |                |
|---|--|--|----------------|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px;">La salud es de todos</span> <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">Minsalud</span> |                |
| VERSIÓN: 4.0  | CÓDIGO: MIGSSGSSGS01   | FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022   | Página 5 de 46 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 14. | ¿CÓMO SOLICITAR CITA DE MEDICINA ESPECIALIZADA? .....   | 24 |
| 15. | ¿CÓMO SOLICITAR CITA ODONTOLÓGICA? .....  | 25 |
| 16. | ¿CÓMO SE PRESTAN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS? .....   | 28 |
| 17. | PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA TRAMITAR LA ORDEN DE UNA CIRUGÍA PROGRAMADA .....   | 28 |
| 18. | ¿CÓMO ESTÁ REGLAMENTADA LA SALIDA DE LOS PACIENTES DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN? .....  | 28 |
| 19. | ¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS? .....   | 29 |
| 20. | ¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS? .....  | 29 |
| 21. | ¿A QUÉ TIPO DE MEDICAMENTOS SE TIENE DERECHO? .....   | 30 |
| 22. | ¿CÓMO SOLICITAR SERVICIOS? .....  | 31 |
| 23. | ¿CUÁLES SON LOS DERECHOS EN MATERIA DE SUMINISTRO DE LENTES PARA LOS USUARIOS DEL FONDO? .....  | 31 |
| 24. | ¿CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA? .....  | 33 |
| 25. | ¿CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO? .....   | 33 |
| 26. | ¿CUÁL ES EL TRÁMITE PARA SEGUIR CUANDO ME NIEGAN UN SERVICIO, MEDICAMENTO O PROCEDIMIENTO POR NO ESTAR INCLUIDO EN EL PLAN DE BENEFICIOS A QUE TENGO DERECHO? ..... | 34 |
| 27. | ¿CÓMO REALIZAR EL TRÁMITE DE VALORACIÓN MÉDICO LABORAL DE DETERMINACIÓN DE INVALIDEZ DE HIJOS DE PENSIONADOS PARA AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD? .....            | 34 |
| 28. | TRANSPORTE Y ESTADÍA .....  | 35 |
| 29. | MUERTE DIGNA .....  | 36 |
| 30. | DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DEL PACIENTE .....  | 36 |
|     | <b>Deberes de todos los usuarios</b> .....  | 37 |
| 31. | OFICINAS DE ATENCIÓN A USUARIOS DEL FPSFCN .....  | 37 |
| 32. | PORTABILIDAD .....  | 39 |
| 33. | RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS .....   | 39 |
| 34. | PARTICIPACIÓN CIUDADANA .....   | 40 |
|     | <b>34.1. Veedurías de Servicios de Salud</b> .....  | 41 |
|     | <b>34.2 ¿Quiénes pueden constituir una veeduría ciudadana?</b> .....  | 41 |

|   |  |  |                |
|---|--|--|----------------|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px;">La salud es de todos</span> <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">Minsalud</span> |                |
| VERSIÓN: 4.0  | CÓDIGO: MIGSSGSSGS01   | FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022   | Página 6 de 46 |

|  |    |
|--|----|
| <b>34.3 ¿Cuál es el procedimiento para registrar una veeduría?</b> ..... | 41 |
| <b>34.4 ¿Cuáles son las funciones de las veedurías?</b> .....            | 42 |
| <b>Objetivos de las veedurías</b> .....                                  | 42 |
| 35. INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL .....                               | 44 |
| 36. RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD .....                        | 45 |
| 37. CARTA DE DESEMPEÑO DEL FPSFCN .....                                  | 45 |
| 37.1 Indicadores de calidad del FPSFCN .....                             | 45 |
| 37.2 Indicadores de calidad de las IPS contratadas .....                 | 46 |
| 37.3 Posición en el ordenamiento (ranking) .....                         | 46 |
| 37.4 Acreditación .....  | 46 |
| 37.5 Comportamiento como pagador de servicios .....                      | 46 |

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 7 de 46</p>   |

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

Apreciado Afiliado.

Agradecemos profundamente el habernos confiado el cuidado de su salud y la de su familia.

El compromiso es trabajar día tras día con manos cálidas acompañado con su experiencia, conocimiento técnico y la vocación de servicio que nos permite brindarle un trato digno, respetuoso garantizando una adecuada atención integral en salud.

El servicio de salud se fundamenta en la atención integral a cada individuo en los niveles de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de las secuelas.

A continuación, le presentamos la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, documento en el que también encontrará la red de prestación de servicios de salud, los servicios incluidos en los Planes de Atención Complementaria –PAC y el Plan de Beneficios - PB, conocer los canales de comunicación que el Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia tiene dispuesto para que sus afiliados manifiesten sus sugerencias y comentarios.

Cordialmente,

**Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales**  
**Entidad Adaptada En Salud**

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 8 de 46</p>   |

## 1. OBJETIVO

Establecer las directrices a los usuarios beneficiarios y pensionados del Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales de Colombia en los derechos y deberes del afiliado, así como en los servicios que ofrece la Entidad y los sitios de atención a los que puede dirigirse

## 2. ALCANCE

Dirigido a los usuarios y ciudadanía en general brindándole información acerca de los deberes y derechos del afiliado, así como de los servicios que presta la entidad hasta la ubicación de todas las instituciones a las que puede dirigirse para recibir la atención requerida.

## 3. BASES LEGALES

Constitución Política de Colombia:

Artículo 2: son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Artículo 20: se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios de comunicación masiva.

Artículo 23: toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales.

Artículo 74: todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la Ley.

Artículo 209: la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Ley 1996 de 2019: por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 9 de 46</p>   |

Ley 1757 de 2015: por medio de la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.

Ley 1755 de 2015: por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición

Ley 1751 de 2015: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Ley 1581 de 2012: por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales

Ley 1251 de 2008: por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

Ley 1171 de 2007: por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultos mayores. (ventanilla preferencial para adulto mayor)

Ley 962 del 2005: por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios

Decreto 2573 de 2014: Gobierno en línea. Señala la excelencia en el servicio al ciudadano.

Decreto 1377 de 2013: por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012. Ley de Habeas Data.

Decreto 1151 de 2008: por el cual se establecen los lineamientos generales de la estrategia de Gobierno en Línea de la República de Colombia, se reglamenta parcialmente la Ley 962 de 2005, y se dictan otras disposiciones.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 10 de 46</p>  |

#### 4. DEFINICIONES

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

**Atención de urgencia:** se entiende por urgencia o emergencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura debe ser inmediata e impostergable.

**Autocuidado:** actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución.

**Beneficiario:** el beneficiario es la persona que se beneficia de los servicios que presta la EPS en razón a los pagos que realiza el cotizante

**Cobertura:** el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades.

**Cotizante:** son las personas que pagan por la afiliación y por consiguiente se les descuenta mensualmente de su salario. En el caso de los trabajadores independientes se establece un ingreso base de cotización sobre el cual se realizan los aportes mensuales.

**Copago:** Es un concepto que se utiliza en el ámbito de la medicina privada para definir la diferencia que existe entre el precio de un servicio y el valor de este que cubre un plan de salud. Se trata, por lo tanto, del monto que tiene que pagar el afiliado para acceder a dicho servicio.

**Demanda inducida:** acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control

**Enfermedad de alto costo:** aquellas que tiene gastos muy altos derivados de tratamientos y medicamentos debido a su grado de complejidad o especialidad y la baja frecuencia con que ocurren.

**Libre escogencia:** las EPS tienen la libertad de elegir las IPS con las que celebrarán convenios y el tipo de servicios que serán objeto de cada uno, siempre que garanticen a sus usuarios un servicio integral y de buena calidad. Por tanto, los afiliados deben acogerse a la IPS a la que son remitidos por sus respectivas EPS, aunque sus preferencias se inclinen por otras instituciones.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 11 de 46</p>  |

**Movilidad:** es un mecanismo que permite a los afiliados continuar inscritos en la misma EPS, así: - Si está afiliado al Régimen Subsidiado y consigue empleo puede permanecer en la misma EPS con su núcleo familiar, para lo cual, debe informar a su empleador y éste, reportar a la EPS la novedad de movilidad. Sin embargo, dando aplicación al Decreto 1613 de 2013, artículo 2 para el caso del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia no le aplica esta normatividad.

**Novedades:** una novedad es la modificación de los datos básicos o complementarios reportados en el momento del ingreso a la EPS o cambios en la condición de la afiliación.

**Prevención de la enfermedad:** la prevención de la enfermedad al igual que la promoción de la salud son estrategias de la Atención Primaria. Su aplicación permite, según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo.

**Promoción de la salud:** la promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”, el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad, como por ejemplo las campañas antitabaco para prevenir el cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas al tabaco.

**Régimen contributivo:** Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador

**Régimen subsidiado:** Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

**Tecnología en salud:** Cualquier intervención que se puede utilizar para promover la salud, para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades o para rehabilitación o de cuidado a largo plazo.

**Traslados:** Es el derecho que tiene el afiliado de cambiar de EPS transcurrido doce meses de antigüedad en la misma EPS o cuando cambie de municipio.

**TRIAGE:** Es un término francés que se emplea en el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo con la urgencia de la atención.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 12 de 46</p>  |

## 5. 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 mantenimiento de la salud

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

### EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS

De las exclusiones y limitaciones del plan de beneficio se divide en los usuarios Plan de Beneficio en Salud (PBS) y Plan de Atención Convencional (PAC), a continuación, se describe excepciones para cada usuario.

#### Medicamentos y complementos terapéuticos excluidos para usuarios PBS

Son exclusiones del suministro de medicamentos y complementos terapéuticos a usuarios PBS (Anexo No. 5) los siguientes:

- 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

Medias elásticas de soporte, corsés y/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 y/o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes o prótesis necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en la Resolución 5521 de 2013 y demás normas que lo modifiquen o adicione.

|   |  |  |                 |
|---|--|--|-----------------|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px;">La salud es de todos</span> <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">Minsalud</span> |                 |
| VERSIÓN: 4.0  | CÓDIGO: MIGSSGSSGS01   | FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022   | Página 13 de 46 |

Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en la Manual de Medicamentos y terapéutica vigente.

Tratamiento con medicamentos o sustancias experimentales

Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el Acuerdo 008 de 2009 y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

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.

Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, prótesis y blanqueamiento dental en la atención Odontológica

Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas

Actividades, intervenciones y procedimientos para las enfermedades crónicas degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, procedimientos e intervenciones deben estar contemplados en la Resolución 5521 de 2013 y demás normas que los modifiquen o adicionen.

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.

Pañales para niños y adultos

Toallas higiénicas

Artículos cosméticos: No se consideran cosméticos los productos con actividad terapéutica para una patología definida.

Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales: Salvo aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento

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, excepto las aprobadas para el Tratamiento de Enfermedad de Alzheimer.

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

La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo ancianato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida.

El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <p><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b></p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>   | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |   | <p>Página 14 de 46</p>  |

Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en la Resolución 5521 de 2013 y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Cuidadores permanentes para pacientes crónicos con alteraciones de movilidad

Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano

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:

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.

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, excepto las aprobadas para el Tratamiento de Enfermedad de Alzheimer.

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 ancianato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida.

Cuidadores permanentes para pacientes crónicos con alteraciones de movilidad

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 15 de 46</p>  |

Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano

### Periodos de carencia

La Ley 1438 de 2011, artículo 32, estableció que, a partir del primero de enero del 2012, no habría periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual es equivalente a que no hay periodos mínimos de cotización, es decir en el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia NO existen periodos de carencia

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 16 de 46</p>  |

## 6. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA FERROCARRILES NACIONALES

### 6.1. MODELO DE ATENCIÓN BASADO EN MEDICINA FAMILIAR

Para la atención básica médica familiar se atenderá a los afiliados por medio de equipos multidisciplinarios, que tienen a la mano apoyos diagnósticos y terapéuticos correspondientes al primer nivel de complejidad. Estos equipos están liderados por médicos altamente calificados que responderán por el adecuado estado de salud de cada uno de los usuarios asignados; garantizando a los usuarios la consulta médica general y tratamientos médicos y será el encargado de las referencias de pacientes al segundo nivel de especialidades básicas y de recibir los pacientes en la contra referencia. La formulación de medicamentos estará sujeta al tipo de patología.

Además, contamos con especialidades básicas con acceso directo como Pediatría y Ginecología, en los puntos de atención donde se oferta el recurso y tenemos especialista de medicina familiar en las sedes donde operan los programas de prevención secundaria para el control de patologías crónicas. Las demás especialidades y subespecialidades médicas estarán garantizadas a través de referencia de pacientes dentro de la ruta integral de atención. Nuestros servicios son altamente calificados, basados en el cuidado médico razonable en relación con la protección de la salud y el control de la enfermedad sin fragmentar al paciente en órganos y sistemas y considerando los recursos disponibles, realizado por un equipo multidisciplinario de profesionales de alta calidad científica y humana.

Los equipos multidisciplinarios básicos están conformados por: Medicina, odontología, terapias, psicología y enfermería; el cual se garantiza en las diferentes divisiones para la ejecución del modelo de atención. La atención continua permite tener en cuenta cualquier problema de salud a través de una relación permanente con el paciente, conocer el significado de su enfermedad, proveer cuidado integral en el aspecto biopsicosocial, identificar los recursos del contexto social que influyen en la salud, realizar actividades educativas e identificar y modificar los riesgos existentes. Este modelo permitirá realizar procesos de capacitación del recurso humano e integrarlos a la prestación de servicios ateniendo como referente las nuevas políticas en salud, las necesidades de la población y los procesos administrativos institucionales enmarcados en la APS. Los servicios básicos incluidos en el modelo son:

- Intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud.
- Consulta prioritaria de medicina general
- Consulta medicina general
- Consulta medicina especializada (medicina familiar, pediatría y ginecología).
- Odontología general
- Consulta de medicina especializada de tercer nivel de complejidad
- Exámenes de laboratorio clínico.
- Imágenes diagnósticas.
- Exámenes especializados

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  <p>La salud es de todos Minsalud</p> |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>  |

- Suministro de medicamentos.
- Otros servicios de apoyo terapéutico.

## 6.2. RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD

Están definidas y priorizadas en la Resolución 3202 de 2016 y operativizadas por la Resolución 3280 de 2018 para promoción y mantenimiento de la salud y ruta de materno perinatal.

A continuación, se exponen las 16 Rutas de riesgo identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social:



Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección social. Bogotá D.C., enero de 2016

Las Rutas Integrales de atención en salud comparten características comunes como:

- **Demanda inducida de captación y de seguimiento a los usuarios:** El objetivo es identificar pacientes en riesgo para articularlos a las diferentes rutas y así poder general los seguimientos e intervenciones correspondientes. Así mismo son incluidos los pacientes con enfermedades manifiestas para retardar la progresión de la patología.
- **Ejecución de actividades de promoción y prevención:** Se aplican actividades de promoción primaria, secundaria y terciaria de acuerdo con cada patología. Los pacientes sujetos de intervención secundaria serán valorados por el servicio de medicina familiar.
- Están basados en las guías de atención del ministerio y RIAS.
- Tienen como principio el empoderamiento y educación del usuario.
- Cuentan con red primaria y complementaria definida con las mismas características.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 18 de 46</p>  |

- Registro de historias clínicas adaptados a las Rutas de atención que lo requieren, de fácil diligenciamiento y trazabilidad por parte de los contratistas.
- Equipo multidisciplinario coordinado para la atención. ω Todos nuestros procesos están enfocados en la triple meta institucional bajo los pilares de: El mejor resultado clínico para nuestros pacientes con la mejor experiencia en sus procesos de atención con costo efectividad.
- Contamos con procesos de apoyo altamente calificados y con altos estándares de calidad que son brindados por medio de nuestros contratistas. Las Rutas son ejecutadas por equipos multidisciplinarios de acuerdo con las necesidades.

### 6.2.1. Ruta integral de atención Promoción y Mantenimiento de la salud

Las actividades de promoción y prevención de nuestra institución estarán estructuradas bajo la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud fundamentada en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud. Son aplicados a toda la población según curso de vida y/ o sexo y están fortalecidos en la identificación de riesgos de nuestros usuarios.

Dicha identificación se realiza a partir de los datos consignados en la historia clínica del paciente (antecedentes), bases de datos de laboratorios por fuera de los estándares esperados y datos físicos del paciente alterados identificados dentro de la consulta. Los objetivos para establecer actividades de promoción y mantenimiento se resumen en estos aspectos:

1. Promover un servicio de alta eficiencia y calidad que permita mejorar y mantener la salud integral de las familias.
2. Promover procesos para que se asuma la salud como una responsabilidad de todos, a nivel individual y colectivo.
3. Llevar a cabo acciones de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidas a grupos en condiciones de vulnerabilidad.
4. Desarrollar programas y actividades de mantenimiento de la salud con base en los cursos vida.

La Ruta se fortalece en dos aspectos:

1. Implementación de ejecutores en salud dispuestos a identificar riesgos y gestionarlos con el equipo de salud multidisciplinario.
2. Equipos dedicados a la educación del usuario y sus familias.

### 6.2.2. Ruta de atención integral para las Personas En Riesgo Cardio-cerebro-vascular y metabólico más Programa de Nefroprotección

#### Objetivo

Detectar tempranamente los factores de riesgo relacionados con patologías Cardio –cerebro- vascular y metabólico y retardar la progresión de la patología para disminuir la instauración de complicaciones.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 19 de 46</p>  |

### Definición de Intervenciones:

Se aplican diferentes actividades en los tres niveles de atención y prevención a través de fases:

- Fase I- Actividades de prevención primaria permanentes, las cuales se establecen según los riesgos de edad, sexo, antecedentes personales y familiares, resultados paraclínicos e IMC en riesgo.
- Fase II- Está enfocado en pacientes con diagnósticos ya instaurados en los que sumaremos esfuerzos para evitar la progresión renal y cardiovascular de patologías ya diagnosticadas. Fase III En esta aplicamos actividades que buscar rehabilitar y paliar las complicaciones ya evidentes; mediante actividades como rehabilitación cardíaca y protección renal.

### Organización

La ruta está organizada desde la asignación de citas para garantizar la accesibilidad a nuestros usuarios una vez se identifica su riesgo, esto nos permite prestar atención oportuna y rápida con profesionales que están capacitados en estas patologías y tienen un actuar definido y protocolizado a través de guías, en las diferentes Divisiones y Punto de atención. Esta Ruta estará a cargo de coordinadores regionales elegidos por cada uno de nuestros contratistas que garantizarán en cada departamento y puntos de atención su correcta ejecución por parte de los prestadores primarios y complementarios.

La característica más importante de nuestra ruta de atención es la introducción de un nuevo concepto – **Ejecutores en salud**- los cuales estarán a cargo de hacer el seguimiento de nuestros pacientes desde diferentes vías para garantizar el cumplimiento terapéutico y de asistencia a las diferentes reuniones educativas.

### 6.2.3. Ruta integral de atención para Detección Temprana y Control del cáncer

El control del cáncer pretende reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad de los pacientes por esta causa, por medio de la implementación sistemática de intervenciones para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. Un control integral del cáncer se dirige a toda población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo.

### 6.2.4. Ruta de atención integral Cáncer de cuello uterino

**Factores de riesgo:** Infección por virus de papiloma humano (VPH) serotipos 16,18,3, 33 y 45, tabaquismo, inmunosupresión, infección por clamidia, uso prolongado de anticonceptivos orales, sobrepeso, uso de dispositivo intrauterino, tener muchos embarazos a término, tener menos de 17 años en el primer embarazo a término, alimentación baja en frutas y verduras y antecedente familiar de cáncer de cuello uterino.

**Detección de cáncer de cuello uterino:** La detección temprana del cáncer de cuello uterino corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervicouterina (Papanicolaou).

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 20 de 46</p>  |

### 6.2.5. Ruta de atención integral de Cáncer de Mama

**Factores de riesgo:** Mujeres mayores de 50 años, menarquía antes de los 11 años, menopausia después de los 54 años, historia familiar de cáncer de mama en primer grado de consanguinidad, enfermedad benigna previa, alto índice de masa corporal después de la menopausia, uso de terapia de reemplazo hormonal por más de 5 años y exposición a radiación ionizante a nivel del tórax.

**Detección de cáncer de mama:** Para detectar a tiempo el cáncer de seno, se puede hacer una mamografía, o sea, una exploración diagnóstica de imagen por rayos X de la glándula mamaria, la cual permite identificar lesiones de mínima dimensión facilitando la detección de tumores antes de que puedan ser palpables y clínicamente manifiestos. También es importante realizarse exámenes clínicos de seno. Otra forma de detectar el cáncer de seno tempranamente es mediante el auto examen de seno, que consiste en que la mujer realice una palpación de sus propios senos para detectar si tiene alguna anomalía en esta parte de su cuerpo. Las mujeres que no sepan hacer el auto examen pueden aprender durante el examen clínico, preguntándole al profesional de la salud cómo hacerlo.

### 6.2.6. Programa de Atención Cáncer de Próstata

**Factores de riesgo:** obesidad, edad (mayor de 40 años), antecedente familiar en primer grado de consanguinidad, y raza negra.

**Detección de cáncer de Próstata:** Debe realizarse tamizaje de cáncer de próstata en pacientes con factores de riesgo y la presencia de síntomas urinarios como: micción frecuente, nocturna (aumento de la orina por la noche), dificultad para iniciar y mantener un flujo constante de orina, hematuria (sangre en la orina) y disuria (dolor al orinar). El tamizaje se realiza con las siguientes pruebas: } Un tacto de la próstata a través del recto } Análisis de antígeno prostático específico (PSA)

### 6.2.7. Cáncer coló-rectal

**Factores de riesgo:** sobrepeso u obesidad, inactividad física, alimentos (carnes rojas y comidas procesadas), tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, edad avanzada (mayores de 50 años), antecedente personal de cáncer color rectal o pólipos color rectales (adenomas), antecedente personal de enfermedad inflamatoria del intestino, antecedente familiar de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos, síndromes hereditarios, étnicos y raciales, pacientes con diabetes tipo 2.

## 7. 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.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 21 de 46</p>  |

### **Detección Temprana:**

Están articuladas con las Rutas de Atención priorizadas por el FPS; 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.

### **8. INCENTIVOS**

Los usuarios que están incluidos en alguna de las rutas priorizadas por la entidad recibirán una atención preferencial que incluye, consultas preferenciales en el programa citados directamente por el prestador, sin requerir sometimiento a agendas.

Adicionalmente recibirán el suministro de medicamentos que garanticen oportunamente su entrega sin exigir la transcripción mensual de la formulación. La participación en las capacitaciones relacionadas con su estado de salud.

SERVICIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA.

Las actividades de promoción y mantenimiento según cursos de vida están establecidas por el Fondo para la atención de sus usuarios según Resolución 3280 de 2018

### **9. PAGOS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS**

#### **9.1. 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. Estas cuotas moderadoras son canceladas por los afiliados los cuales NO hacen parte del Plan de Atención Convencional (PAC).

#### **9.2. 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). Estas copagos son canceladas por los afiliados los cuales NO hacen parte del Plan de Atención Convencional (PAC).

#### **9.3. Afiliados Adicionales:**

|   |  |   |                                |
|---|--|---|--------------------------------|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  <span style="font-size: small;">La salud es de todos</span> <span style="font-size: small;">Minsalud</span> |                                |
| <small>VERSIÓN: 4.0</small>   | <small>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</small>  | <small>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</small>   | <small>Página 22 de 46</small> |

El cotizante puede inscribir en su núcleo familiar, mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación -UPC- adicional, a otras personas que dependan económicamente de él y se encuentren hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, tales como hijos mayores de 25 años de edad, padre o madre, hermanos, abuelos, sobrinos, tíos, primos, suegros, yernos, nueras, cuñados y abuelos del cónyuge, siempre y cuando no sean cotizantes o beneficiarios en el Régimen Contributivo.

Estas personas se denominan “afiliados adicionales” y tienen derecho a todos los servicios del Plan de Beneficios en Salud, pero no a prestaciones económicas.

El valor de la UPC adicional es establecido anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante resolución, se puede consultar en la EPS o a través del Operador de Información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (Pila).

## 10. RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia tiene dividido los 78 Municipios donde tiene usuarios afiliados en 4 Regionales, las cuales son:

Regional Magdalena  
Regional Antioquia- Santander  
Regional Central  
Regional Pacifico

Cada uno posee una red de servicios, distribuidos en dos grupos; el componente primario que incluye los servicios básicos, que les permitirán a los usuarios la entrada a los servicios de Salud, así mismo este componente contiene los servicios de algunas especialidades que de acuerdo con la demanda se han establecido como prioritarios, por otro lado, se tienen incluidos servicios del componente complementario que son aquellos de una mayor complejidad.

Nota: El enlace donde se puede encontrar la red básica de servicios para los usuarios del Fondo <https://www.fps.gov.co/servicios/servicios-de-salud/44>

## 11. ATENCIÓN DE URGENCIA

Se entiende por urgencia o emergencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura debe ser inmediata e impostergable.

Dentro de la red de atención del componente primario se encuentra un listado de IPS que atenderán a nuestros usuarios afiliados en el caso de que suceda una urgencia, para el acceso a estos servicios los usuarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles no requieren ningún tipo de autorización, así mismo no requiere de pago de cuota moderadora y/o copago para la atención inicial de urgencias.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 23 de 46</p>  |

### **Definición de urgencia**

Una urgencia se define como la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen su vida o funcionalidad y que requiere acciones oportunas de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.

### **¿Cómo se solicita la atención de una urgencia?**

El contratista dispondrá de este servicio las veinticuatro (24) horas del día en todas las localidades de la División. Las urgencias verdaderas deben ser atendidas por cualquier institución hospitalaria en el territorio nacional sin que para que ello sea necesario la autorización o remisión de la entidad contratista o del Fondo. Sin embargo, en casos de urgencia fuera de las instituciones que conforman la red propia del Fondo de Pasivo Social de FCN se deben aplicar unos parámetros establecidos por la Ley que usted debe conocer y que se aclaran a continuación:

#### **Si la urgencia se presenta en el sitio de residencia del usuario:**

Si la urgencia es en el lugar de residencia del usuario debe dirigirse directamente al punto de atención de urgencias establecido en la red de IPS para ser atendido. Este punto de atención de urgencias está claramente identificado en la Red de Prestación de Servicios de Salud publicada en la página web de la entidad.

Si la urgencia es en el lugar de residencia del usuario, pero por su gravedad no permite el desplazamiento hasta la IPS de la red, diríjase al centro hospitalario más cercano del sitio donde se encuentra. En este caso deberá presentarse como usuario del Fondo identificándose con su documento de identidad.

#### **Si la urgencia se presenta en un lugar diferente al de residencia del usuario**

Si el usuario se encuentra en una localidad diferente a la de su ciudad de residencia, verifique en el guía de orientación y formación al ciudadano los sitios de atención de urgencias disponibles en la red en esa localidad.

Si no tiene a su alcance esta guía, comuníquese con la línea de atención 24 horas, 018000111322, donde le informarán los sitios de atención de urgencias en la localidad donde se encuentra.

Diríjase al sitio de atención de urgencias de la red en la localidad y preséntese como usuario del Fondo identificándose con su documento de identidad.

En caso de urgencia en otras localidades que por su gravedad no permita el desplazamiento hasta la IPS de la red propia del Fondo de Pasivo Social de FCN, diríjase al centro hospitalario más cercano del sitio donde se encuentra. En este caso deberá presentarse como usuario del Fondo identificándose con su documento de identidad.

En el caso en que en el lugar donde se encuentra el usuario no exista red de IPS para la atención de urgencias, el usuario deberá acudir al servicio de urgencias más cercano para ser atendido. En este caso deberá presentarse como usuario del Fondo identificándose con su documento de identidad.

La atención médica que un usuario requiera fuera de su lugar de residencia y que no encuadre dentro de que lo médicamente se define como urgencia, en ningún caso será atendida fuera de la localidad de residencia del usuario y cualquier atención que el directamente se procure en este sentido, no le será reembolsada posteriormente.

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <p><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b></p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>   | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |   | <p>Página 24 de 46</p>  |

El contratista suministrará los medios de transporte establecidos por el médico tratante en los casos que deba ser trasladado el usuario, los cuales deben estar disponibles en forma oportuna según el caso.

## 12. MECANISMO DE ACCESO A LOS SERVICIOS

Todos los usuarios afiliados a los servicios de salud del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles no tienen la obligación de presentar ningún tipo de carne, solo con su documento de identidad vigente, y presentarse a las IPS que hacen parte de la red de servicios en el componente primario y/o componente complementario, que les permitirá acceder a los servicios asistenciales de la entidad.

La red de servicios se encuentra garantizada en los 78 Municipios donde el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles tiene población asegurada, en las cuatro regionales en las cuales se tienen dividido el país.

## 13. ¿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 documento de identidad.

NOTA:

- 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, lo que indica que la oportunidad es de un día.
- Para los usuarios del PBS se aplicará el cobro de cuotas moderadoras y copagos para la prestación de este servicio.

## 14. ¿CÓMO SOLICITAR CITA DE MEDICINA ESPECIALIZADA?

Preséntese en el centro médico de su localidad sección citas, con:

- Remisión para la especialista ordenada por el médico general y

|   |  |  |                 |
|---|--|--|-----------------|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px;">La salud es de todos</span> <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">Minsalud</span> |                 |
| VERSIÓN: 4.0  | CÓDIGO: MIGSSGSSGS01   | FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022   | Página 25 de 46 |

- Documento de identidad.

**NOTA:**

- 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 las 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 cite 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 PBS menores de siete años serán atendidos directamente por esta especialidad, sin requerir remisión.

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.

## 15. ¿CÓMO SOLICITAR CITA ODONTOLÓGICA?

Para solicitar las citas de odontología general acuda al centro médico de su localidad, sección citas, con su 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 con 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 PBS:

|   |  |  |                 |
|---|--|--|-----------------|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px;">La salud es de todos</span> <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">Minsalud</span> |                 |
| VERSIÓN: 4.0  | CÓDIGO: MIGSSGSSGS01   | FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022   | Página 26 de 46 |

Se incluyen dentro de las Actividades de Odontología las establecidas de acuerdo a la normatividad vigente:

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 Flúor  
 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

#### **Usuarios PAC Puertos**

Se incluyen dentro de las actividades de odontología las siguientes:

|   |  |   |                 |
|---|--|---|-----------------|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  <span style="font-size: small;">La salud es de todos</span> <span style="font-size: small;">Minsalud</span> |                 |
| VERSIÓN: 4.0  | CÓDIGO: MIGSSGSSGS01   | FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022  | Página 27 de 46 |

Examen Clínico Odontológico  
 Rayos X  
 Educación en Salud Oral  
 Detartraje Supragingival  
 Control de placas  
 Sellantes de Fosas y Fisuras  
 Topicación con Flúor  
 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  
 Rehabilitación: Prótesis removible cuando no esté indicada la fija  
 Ortodoncia

Los afiliados que requieran los siguientes tratamientos odontológicos pagarán al Contratista un porcentaje del costo total de los mismos así:

Cartagena, Barranquilla, Santa Marta y Bocas de Ceniza:

- Prótesis y Ortodoncia: El diez por ciento (10%) del valor de los materiales para todos los usuarios. (Artículo 140 CCT)

Bogotá, D.C.:

- Prótesis: El diez por ciento (10%) del valor de los materiales para los pensionados y el cincuenta por ciento (50%) del valor de los materiales para los beneficiarios (Numeral d, Artículo 48 CCT)

Tumaco:

- Prótesis: El veinte por ciento (20%) del valor de los materiales para los pensionados y el cincuenta por ciento (50%) del valor de los materiales para los beneficiarios (artículo 72 CCT)
- Ortodoncia: No cancelaran ningún porcentaje del valor de los materiales para los pensionados y beneficiarios (artículo 72 CCT)

Buenaventura:

- Prótesis y Ortodoncia: El diez por ciento (10%) del valor de los materiales para todos los usuarios (Artículo 77 CCT).

Cali:

- Prótesis y Ortodoncia: El diez por ciento (10%) del valor de los materiales para todos los usuarios.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 28 de 46</p>  |

## 16. ¿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 ocuparlas pacientes del mismo sexo y cuyas patologías no lo contraindiquen.

Para los usuarios PBS 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 prequirúrgico.

## 17. PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA TRAMITAR LA ORDEN DE UNA CIRUGÍA PROGRAMADA

Para la programación de su cirugía se aplicará uno de los siguientes procedimientos:

En las ciudades en las cuales el Fondo tiene oficinas propias (Santa Marta, Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga, Medellín, Bogotá, Cali, Buenaventura y Tumaco): Debe el usuario presentarse en las oficinas del Fondo de Pasivo Social de FCN con la orden de cirugía expedida por el Médico tratante que será radicada allí y donde le informarán el trámite a seguir para la realización de los exámenes prequirúrgicos y la forma como le informarán la fecha de programación de la cirugía.

En las demás ciudades en las cuales el Fondo de Pasivo Social de FCN no tiene oficinas propias: El usuario debe presentarse a la Coordinación Médica del contratista en la localidad y entregar la orden expedida por el especialista, o remitir a la localidad más cercana donde se cuenta con Coordinación. 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.

## 18. ¿CÓMO ESTÁ REGLAMENTADA LA SALIDA DE LOS PACIENTES DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN?

Los pacientes hospitalizados o sometidos a cirugía ambulatoria deberán ser dados de alta en los siguientes horarios:

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 29 de 46</p>  |

- Si reside en la misma localidad: Antes de las 3:00 PM
- Si reside fuera de la localidad: Antes de las 12:00 m

En caso de ser dados de alta después de estas horas, será responsabilidad de los contratistas asumir los gastos de traslado en ambulancia o transporte regular hasta el sitio de residencia. El tipo de transporte requerido será definido por el Médico de Turno. En caso de no contar con la disponibilidad de transporte, el paciente deberá permanecer hospitalizado hasta el día siguiente.

Para todos los usuarios se garantizan los servicios básicos de enfermería, tales como inyectología, curaciones. En ningún caso se reconocerán servicios de enfermera especial, teléfono, televisor, periódico, cama de acompañante y otros servicios no encaminados a la recuperación del paciente. Se exceptúa el servicio de enfermería cuando éste se requiera según el criterio del médico tratante.

## 19. ¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS?

El usuario debe solicitar al médico tratante información acerca del trámite a seguir para la realización del procedimiento diagnóstico y el sitio de realización de este. 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 se realizarán el examen o procedimiento. Al momento de presentarse al examen en el lugar y sitio indicados debe llevar orden 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 con el 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.

## 20. ¿CUÁL ES 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.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 30 de 46</p>  |

El usuario dispone de un plazo máximo de 72 horas para reclamar los mismos presentando en la farmacia correspondiente la fórmula debidamente firmada y sellada por su médico 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 de este 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.).

## 21. ¿A QUÉ TIPO DE MEDICAMENTOS SE TIENE DERECHO?

### Usuarios PBS:

Los usuarios de PBS 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 la normatividad vigente.

Si el médico le formula un medicamento no incluido en el PBS, el usuario debe solicitarle que se realice la formulación por el MIPRES y le entregue una copia de la misma, con la cual debe dirigirse a la Coordinación Médica del contratista en la localidad para presentar esta formulación, donde se le explicará el procedimiento a seguir para su entrega.

En caso de que el Coordinador Médico del contratista determine que el medicamento formulado por el médico tratante no se encuentra incluido en el PBS; deberá informar esta situación diligenciando el Formato de Negación de Medicamentos, Servicios Médicos y/o Prestaciones de Salud, del cual deberá entregarle una copia. Y solicitar el Médico tratante que realice la formulación por el MIPRES para el procedimiento de dispensación.

### 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.

Los usuarios de PAC tienen derecho a la entrega de medicamentos en denominación común internacional según la formulación del médico tratante.

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <p><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b></p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>   | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |   | <p>Página 31 de 46</p>  |

## 22. ¿CÓMO SOLICITAR SERVICIOS?

- **¿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 con 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, preóptica etc.

- **¿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.

- **¿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 de este.

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.

## 23. ¿CUÁLES SON LOS DERECHOS EN MATERIA DE SUMINISTRO DE LENTES PARA LOS USUARIOS DEL FONDO?

### Usuarios PBS:

Para los usuarios PBS, 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.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 32 de 46</p>  |

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: Programa Ferrocarriles:**

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.

**Usuarios PAC: Programa Puertos:**

El Contratista suministrará lentes para anteojos siempre y cuando exista disminución de capacidad visual sustentada mediante indicación del profesional, siguiendo lo establecido en la CCT de cada Puerto así:

**Santa Marta, Barranquilla, Cartagena y Bocas de Ceniza:** El Contratista deberá suministrar anteojos, lentes de contacto y lentes intraoculares a los pensionados y sus familiares que hayan disminuido su capacidad visual, cada vez que la misma sea establecida por el profesional tratante en las siguientes condiciones:

El total del valor de los lentes. El valor de las monturas hasta el equivalente a 10 días del Salario Mínimo Legal Vigente.

En caso de rotura o deterioro, no habrá derecho a reconocer los mismos.

**Tumaco.** El Contratista deberá suministrar anteojos y lentes intraoculares a los pensionados y sus familiares que hayan disminuido su capacidad visual, cada vez que la misma sea establecida por el profesional tratante en las siguientes condiciones:

El total del valor de los lentes

El valor de las monturas hasta el equivalente a 10 días del Salario Mínimo Legal Vigente.

En caso de rotura o deterioro, no habrá derecho a reconocer los mismos.

**Bogotá, D.C.:** El suministro de anteojos se prestará a favor de pensionados y familiares, cada vez que haya una agudización del defecto visual de acuerdo con el médico tratante, reconociendo el valor total de los lentes y hasta por DIECISEIS MIL PESOS (\$16.000.00) por la montura.

No hay lugar al reconocimiento de lentes de contacto, pero habrá lugar a reposición de anteojos cuando estos se rompan y en las cuantías determinadas.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 33 de 46</p>  |

**Cali y Buenaventura:** El Contratista deberá suministrar anteojos, lentes de contacto y lentes intraoculares a los pensionados y sus familiares que hayan disminuido su capacidad visual, cada vez que la misma sea establecida por el profesional tratante en las siguientes condiciones:

El total del valor de los lentes. El valor de las monturas hasta el equivalente a 20 días del Salario Mínimo Legal Vigente.

En caso de rotura o deterioro, no habrá derecho a reconocer los mismos.

#### 24. ¿CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA?

Todo usuario de los servicios de salud a cargo de El Fondo, cuyo estado de salud no les 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.

#### 25. ¿CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO?

En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte del contratista para atender las obligaciones con sus usuarios a la prestación de los servicios de salud dentro de los términos de oportunidad exigidos por el Fondo, situación que deberá certificar el médico especialista o auditor. En estos casos deberá usted siempre comunicarse con el Médico Especialista o Auditor en forma oportuna para dar solución a la dificultad.

El Fondo y el Contratista están relevados de la obligación de reconocer reembolsos por concepto de atención que el usuario se procure por su cuenta.

En caso de que se demuestre la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte de la entidad contratista para cubrir las obligaciones para con sus usuarios se reconocerá el valor total que el usuario haya cancelado por concepto del servicio.

La solicitud de reembolso la hará el usuario en un plazo máximo de los 15 días calendario siguiente al hecho cumpliendo el procedimiento que se define a continuación:

- ✓ Resumen de historia clínica,
- ✓ Originales de fórmulas y Originales de facturas de pago que cumplan con las especificaciones legales establecidas.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 34 de 46</p>  |

Una vez radicada la documentación se da por recibida y el contratista dispondrá de 8 días hábiles para dar respuesta a la petición. Si transcurridos estos 8 días el usuario no ha recibido una comunicación por escrito, se entenderá aceptada la petición y el contratista tiene 10 días hábiles para efectuar el reembolso.

Cualquier irregularidad o inconformidad con la respuesta dada por el contratista debe ser informada mediante comunicación ante el Médico Especialista o Auditor estos hechos, en un lapso no mayor a diez días hábiles.

Si los documentos no son entregados completos, el contratista deberá informar el usuario la relación de documentos faltantes para continuar con el trámite correspondiente.

**26. ¿CUÁL ES EL TRÁMITE PARA SEGUIR CUANDO ME NIEGAN UN SERVICIO, MEDICAMENTO O PROCEDIMIENTO POR NO ESTAR INCLUIDO EN EL PLAN DE BENEFICIOS A QUE TENGO DERECHO?**

En todos los casos en que le sean ordenados servicios que no se encuentren expresamente incluidos o que estén claramente definidos en las exclusiones del plan de beneficios a que tiene derecho el usuario, el contratista deberá realizar la negación de servicios de salud establecido en la normatividad vigente.

Tenga presente que cuando se acerque a solicitar un servicio de salud ordenado por un médico de la red de prestadores establecida y el servicio no se encuentre incluido o esté excluido del plan de beneficios, el Coordinador Local deberá informarle verbalmente a usted o a su acudiente en forma clara las razones por las cuales no tiene derecho a acceder al servicio de salud o medicamento solicitado y deberá entregarle el Formato de Negación de Servicios de Salud y/o Medicamentos establecido en la Circular Única de la Supersalud.

De igual manera, el Coordinador Local deberá informarle las alternativas de que dispone para acceder al servicio, incluyendo la evaluación del ordenamiento por parte del MIPRES.

**27. ¿CÓMO REALIZAR EL TRÁMITE DE VALORACIÓN MÉDICO LABORAL DE DETERMINACIÓN DE INVALIDEZ DE HIJOS DE PENSIONADOS PARA AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD?**

Si su hijo se encuentra afiliado a los servicios de salud del Fondo de Pasivo Social de FCN como beneficiario suyo, el Fondo realizará el trámite de valoración médico laboral de determinación de invalidez para afiliación a servicios de salud. Para solicitar esta valoración, debe usted diligenciar el Formulario de Solicitud de Valoración Médica para usuarios del FPSFCN y remitirlo a la oficina más cercana a su lugar de residencia por correo o presentarla personalmente, adjuntando los documentos requeridos como son fotocopia de la historia clínica y exámenes complementarios del hijo a valorar.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 35 de 46</p>  |

Si su hijo no está afiliado a los servicios de salud del Fondo de Pasivo Social de FCN como beneficiario suyo, el Fondo no puede realizar el trámite de valoración médico laboral de determinación de invalidez para afiliación a servicios de salud. En estos casos debe usted dirigirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del departamento en el cual reside a solicitar la misma.

## 28. TRANSPORTE Y ESTADÍA

El contratista podrá desplazar al usuario a otra localidad existiendo el recurso en la localidad de origen, para lo cual asumirá los costos de transporte y estadía del paciente y acompañante, si se requiere, (la necesidad de acompañante está determinada por el estado de salud y la edad del paciente, mayores de 60 años y menores de edad), siempre y cuando la localidad a la cual debe desplazarse se encuentre a 40 o más kilómetros de distancia, aplicando las siguientes tarifas:

Transporte: El valor del transporte intermunicipal

Gasto de Estadía: Para los usuarios PBS de los programas Ferrocarriles y Puertos y PAC de Ferrocarriles: El equivalente a dos (2) salarios diarios mínimos legales vigentes por cada día que el usuario debe permanecer en la otra localidad.

*Usuarios PAC Programa Puertos:*

En los casos de remisión fuera de la localidad, el Contratista reconocerá los gastos de transporte y un auxilio económico según la CCT de cada Puerto así:

**Tumaco:** Cuando de acuerdo con el dictamen del médico tratante del Contratista se ordene tratamiento ambulatorio fuera del sitio de atención, este reconocerá al paciente los pasajes y un auxilio equivalente al valor mínimo de la Tabla de viáticos, siempre que el usuario no sea hospitalizado. Solamente en caso de suma gravedad del paciente que haga necesario el acompañamiento de un familiar a juicio del médico y en menores de quince años, el Contratista reconocerá los pasajes y el auxilio tanto al enfermo como al acompañante (Artículo 69 CCT). El valor mínimo de la Tabla de Viáticos vigente al momento en que expiró la Convención Colectiva de Trabajo -1992- era de quince mil ochocientos (\$15. 800.00) pesos (Decreto 41/93)

**Buenaventura y Cali:** Cuando de acuerdo con el dictamen médico del médico tratante del Contratista se ordene tratamiento ambulatorio fuera del sitio de atención, este reconocerá el transporte al paciente remitido. En los casos en que según el mismo dictamen médico se requiera acompañante se reconocerá el transporte al mismo y un auxilio económico equivalente a cuatro mil pesos (\$4.000, 00) diarios para la ciudad de Cali y siete mil pesos diarios (\$7.500,00) para Bogotá. En los casos en que el beneficiario se traslade sin requerir acompañante, se reconocerá el anterior auxilio económico al usuario. Este auxilio económico cesará el mismo día que el paciente quede hospitalizado y durante el tiempo de hospitalización (Artículo 73 CCT).

**Barranquilla, Santa Marta, Cartagena y Bocas de Ceniza:** Cuando de acuerdo con el dictamen médico del médico tratante del Contratista se ordene tratamiento ambulatorio fuera del sitio de atención, éste reconocerá al paciente el transporte. En los casos en que según el mismo dictamen médico se requiera acompañante y en menores de edad se reconocerá el transporte al mismo y un auxilio económico que para Cartagena, Barranquilla y Bocas de Ceniza será de siete mil trescientos veinticuatro pesos diarios (\$7.324,00) cuando los traslados sean a otras ciudades de la costa atlántica y nueve mil setecientos sesenta y cinco pesos diarios (\$9.765,00) para Bogotá

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 36 de 46</p>  |

y otras ciudades del interior del país; y para Santa Marta de cinco mil setecientos diecinueve pesos (\$5.719,00) en el primer caso y siete mil quinientos veinticinco pesos (\$7.525,00) para el segundo caso.

En los casos en que el beneficiario se traslade sin requerir acompañante, se reconocerá el anterior auxilio económico al usuario. Este auxilio económico cesará el mismo día que el paciente quede hospitalizado y durante el tiempo de hospitalización (Artículo 131 CCT)

En los casos en que se establece auxilio económico, éste se reconocerá los días de desplazamiento de ida y regreso y los días de permanencia extrahospitalaria.

## 29. MUERTE DIGNA

El usuario tiene derecho a ser el eje principal para la toma de decisiones al final de su vida, y recibirá toda la información sobre la oferta de este servicio por parte de los profesionales de la salud a cargo de su tratamiento. Lo anterior independientemente de su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia.

## 30. DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS Y DEL PACIENTE

### *Derechos de todos los usuarios*

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.

Acceder en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia y sin restricción a las actividades, procedimientos e intervenciones, insumos y medicamentos que no estén expresamente excluidos del plan de beneficios ni del plan de atención convencional.

Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar su condición de salud y orientar la adecuada decisión clínica.

Todos los niños, niñas y adolescentes para conservar su vida, su dignidad su integridad, así como para el desarrollo armónico e integral, y su derecho fundamental a una muerte digna, están especialmente protegidos por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles.

Recibir atención de urgencias que se requiera 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 el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles, así mismo los pagos de cuotas moderadoras si fuese el caso no constituirán barreras de acceso a los servicios de salud.

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

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

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <p><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b></p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>   | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |   | <p>Página 37 de 46</p>  |

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

Ante un concepto contrario expresado por un profesional externo a la red, el usuario podrá solicitar, una nueva valoración por un profesional de la red ofertada.

Recibir prestaciones económicas por licencia de maternidad paternidad o incapacidad por enfermedad general, aun ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando el patrono no haya realizado los aportes. Nota: Solo aplica a los cotizantes que laboran y a los beneficiarios que laboran.

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

### **Deberes de todos los usuarios**

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

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

Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de la salud y las recibidas en el programa promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

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

Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud y a los otros pacientes o personas con que se relacione durante el proceso de atención.

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

Cumplir con las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Actuar de buena fe frente al Sistema General de Seguridad Social en salud

Suministrar de manera voluntaria oportuna y eficiente la información que se requiera para efectos de recibir los servicios de salud, incluyendo los documentos de voluntad anticipada.

Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud la seguridad social en salud de acuerdo con su capacidad de pago para los usuarios con derecho solo al PB.

### **31. OFICINAS DE ATENCION A USUARIOS DEL FPSFCN**

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia cuenta con 9 oficinas de atención al Usuario en las ciudades de Bogotá, Santa Marta, Barranquilla, Cartagena, Medellín, Bucaramanga, Cali, Buenaventura y Tumaco.

Adicionalmente tenemos mecanismos virtuales de comunicación a través de nuestra página web y nuestro Contact center nacional que presta servicio las 24 horas del día.

#### **Oficinas de la Entidad 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:

|   |  |  |                 |
|---|--|--|-----------------|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><br><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px 5px;">La salud es de todos</span> <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px 5px; margin-left: 10px;">Minsalud</span> |                 |
| VERSIÓN: 4.0  | CÓDIGO: MIGSSGSSGS01   | FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022   | Página 38 de 46 |

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: 381 71 71.

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: [antioquia@fps.gov.co](mailto:antioquia@fps.gov.co)

Horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 4:30 pm. jornada continua.

### **DIVISIÓN CENTRAL**

OFICINA FPSFCN BOGOTÁ

Dirección: Calle 19 No 14 - 21 piso 1, Edificio CUDECOM (Bogotá-Colombia)

Teléfono: 3817171 ext. 1900

Correo electrónico: [correspondencia@fps.gov.co](mailto:correspondencia@fps.gov.co)

Horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 4:30 pm. jornada continua.

### **DIVISIÓN MAGDALENA**

OFICINA FPSFCN SANTA MARTA

Dirección: Carrera 4 No. 26- 40 Oficina 507 Ciudadela Comercial Prado Plaza

Teléfono: 4215064

Correo electrónico: [magdalena@fps.gov.co](mailto:magdalena@fps.gov.co)

Horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 4:30 pm. jornada continua.

OFICINA FPSFCN BARRANQUILLA

Dirección: Carrera 43 No. 84 - 12 Local 102

Teléfono: 3598469

Correo electrónico: [barranquilla@fps.gov.co](mailto:barranquilla@fps.gov.co)

Horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 4:30 pm. jornada continua.

OFICINA FPSFCN CARTAGENA

Dirección: Avenida Pedro de Heredia Centro Médico Los Ejecutivos Sector T Local S 4

Teléfono: 6610856

Correo electrónico: [cartagena@fps.gov.co](mailto:cartagena@fps.gov.co)

Horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 4:30 pm. jornada continua.

### **DIVISIÓN PACIFICO**

OFICINA FPSFCN CALI

Dirección: Calle 25 Norte No 4 Norte -28

Teléfono: 6678000 - 6616875

|   |  |  |                 |
|---|--|--|-----------------|
|  | <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b> |  <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px;">La salud es de todos</span> <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">Minsalud</span> |                 |
| VERSIÓN: 4.0  | CÓDIGO: MIGSSGSSGS01   | FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022   | Página 39 de 46 |

Correo electrónico: pacifio@fps.gov.co

Horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 4:30 pm. jornada continua.

#### OFICINA FPSFCN TUMACO

Dirección: Calle Mosquera Zona Comercial Ramiro Hernández local No. 9

Teléfono: 727 69 77

Correo electrónico: tumaco@fps.gov.co

Horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 4:30 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 08:00 a.m. a 4:30 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 08:00 a.m. a 4:30 pm. jornada continua.

### 32. PORTABILIDAD.

#### ¿Qué es la portabilidad?

Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que salga de su municipio de afiliación o de aquél donde habitualmente recibe los servicios de salud, en el marco de las reglas previstas en el Decreto 1683 de 2013.

Para el caso de los usuarios del FPSFCN, por estar definidos los puntos de atención mediante convenciones colectivas, **NO APLICA** el principio de portabilidad

### 33. RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS

#### Solución de Conflictos

SI USTED TIENE DIFICULTAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIO CON ALGUNAS DE LAS ENTIDADES CONTRATISTAS LE RECOMENDAMOS:

Haga sus reclamos oportunamente, verbalmente, por escrito personalmente, por correo electrónico y por la página web de la entidad. Para este efecto, suministre sus datos completos incluyendo dirección, teléfono, correo electrónico para efectuar el trámite y dar una oportuna solución y respuesta

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 40 de 46</p>  |

### ¿Cómo puedo presentar una Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias?

Para presentar quejas verbales relacionadas con los servicios que presta el Fondo de Pasivo Social de FCN debe comunicarse con cualquiera de los siguientes números:

Comunicarse con la Línea Nacional: 3817171, horario de lunes a viernes de 08:00 a.m., a 04:30 p.m.

Comunicarse con la Oficina del Fondo de su lugar de residencia o más cercana a él.

### ¿Cómo puedo presentar una queja escrita?

Para presentar quejas escritas relacionadas con los servicios que presta el Fondo de Pasivo Social de FCN debe usted remitir a la oficina de Atención al Ciudadano del Fondo o a la correspondiente de su División un oficio en el cual especifique claramente el o los servicios en que se presenta la queja, la situación que la genera o el motivo de esta, el funcionario involucrado (si es del caso) e incluir su dirección para respuesta o información adicional. De igual manera, adjuntar los documentos soporte de la queja presentada.

Si usted quiere, el Fondo cuenta con un formato para presentación de quejas y reclamos que puede descargar aquí y diligenciar completamente, anexando la documentación soporte, si el usuario cuenta con ella.

### ¿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 Fondo en la ciudad de Bogotá: Calle 19 No. 14 – 21 Edificio Cudecom. O los puntos administrativos más cercanos al Fondo de su lugar de residencia más cercana.

### ¿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](mailto:quejasyreclamos@fps.gov.co).

### ¿Cómo puedo presentar una queja por la página web de la Entidad?

Para presentar quejas por la página web de la entidad relacionados con los servicios que presta el Fondo de Pasivo Social de FCN debe ingresar en la pestaña Información al Ciudadano opción peticiones, quejas y reclamos en la página web [www.fps.gov.co](http://www.fps.gov.co) en el cual usted diligencia el formulario con la información allí solicitada.

Para realizar cualquier tipo de sugerencia sobre los servicios que presta el Fondo de Pasivo Social de FCN existen los siguientes canales

Buzón de sugerencias en cada uno de los puntos administrativos en Bogotá y fuera de ella.

Línea a nivel nacional: 3817171, horario de lunes a viernes de 08:00 a.m., a 04:30 p.m.

Correo electrónico: [quejasyreclamos@fps.gov.co](mailto:quejasyreclamos@fps.gov.co).

## 34. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Dando aplicación a la Ley 850 de 20132 y Circular Externa 0008 de la Superintendencia Nacional de Salud, la Participación Ciudadana en Salud se divide en dos mecanismos:

- Veedurías Ciudadanas de Servicios de Salud.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 41 de 46</p>  |

- Asociaciones de Usuarios.

### 34.1. Veedurías de Servicios de Salud

#### ¿Qué son las veedurías?

Se entiende por veeduría ciudadana el mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública respecto a las autoridades administrativas, políticas judiciales, electorales, legislativas y órganos de control; así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público. (Art. 1 Ley 850 de 2003, por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas).

Dando cumplimiento a la normatividad en materia de participación ciudadana, la Ley 850 de 2003, en su Artículo 4º, establece el objeto de las veedurías ciudadanas:

“La vigilancia de la gestión pública por parte de la Veeduría Ciudadana se podrá ejercer sobre la gestión administrativa, con sujeción al servicio de los intereses generales y la observancia de los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, y publicidad. Será materia de especial importancia en la vigilancia ejercida por la Veeduría Ciudadana la correcta aplicación de los recursos públicos, la forma como estos se asignen conforme a las disposiciones legales y a los planes, programas, y proyectos debidamente aprobados, el cumplimiento del cometido, los fines y la cobertura efectiva a los beneficiarios que deben ser atendidos de conformidad con los preceptos antes mencionados, la calidad, oportunidad y efectividad de las intervenciones públicas, la contratación pública y la diligencia de las diversas autoridades en garantizar los objetivos del Estado en las distintas áreas de gestión que se les ha encomendado.

Las veedurías ejercen vigilancia preventiva y posterior del proceso de gestión haciendo recomendaciones escritas y oportunas ante las entidades que ejecutan el programa, proyecto o contrato y ante los organismos de control del Estado para mejorar la eficiencia institucional y la actuación de los funcionarios públicos”.

En el caso del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, las veedurías están conformadas por las Federaciones de Pensionados, como representante de los usuarios, usuarios, asociaciones y agremiaciones que a través de sus representantes o delegados hacen seguimiento a los servicios de salud prestados por los contratistas del Fondo Pasivo Social; en el evento de encontrar fallas, dificultades o problemáticas, las veedurías realizan propuestas para prestar un mejor servicio, comunicando al Fondo las debilidades encontradas para que inicie las acciones correspondientes.

#### 34.2 ¿Quiénes pueden constituir una veeduría ciudadana?

En los términos de la Ley 850 de 2003, pueden constituir veedurías ciudadanas todos los ciudadanos en forma plural o a través de organizaciones civiles como: organizaciones comunitarias, profesionales, juveniles, sindicales, benéficas o de utilidad común, no gubernamentales, sin ánimo de lucro y constituidas con arreglo a la Ley.

#### 34.3 ¿Cuál es el procedimiento para registrar una veeduría?

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <p><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b></p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>   | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |   | <p>Página 42 de 46</p>  |

La inscripción de veedurías puede efectuarse en las cámaras de comercio o en las personerías. Para el primer caso, la veeduría se inscribe como entidad sin ánimo de lucro y se constituye a través de un Acta de Asamblea de Constitución, la cual debe contener como mínimo:

- Los estatutos que van a regir la entidad.
- Los nombramientos de los órganos de administración y vigilancia
- Firma de las personas que actuaron como presidente y Secretario de la reunión

#### **34.4 ¿Cuáles son las funciones de las veedurías?**

Las funciones de las veedurías ciudadanas fueron establecidas en la Ley 850 de 2003 (Ley General de Veedurías Ciudadanas), entre las cuales se destacan:

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 eficacia.
3. Vigilar porque el proceso de contratación se realice de acuerdo con los criterios legales.
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 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 veeduría
9. Denunciar ante las autoridades competentes los hechos o actuaciones irregulares de los funcionarios públicos.

#### **Objetivos de las veedurías**

El artículo 6 de la Ley 850 señala como objetivos de las veedurías:

- Fortalecer los mecanismos de control contra la corrupción en la gestión pública y la contratación estatal.
- Fortalecer los procesos de participación ciudadana y comunitaria en la toma de decisiones, en la gestión de los asuntos que les atañen y en el seguimiento y control de los proyectos de inversión.
- Apoyar las labores de las personerías municipales en la promoción y fortalecimiento de los procesos de participación ciudadana y comunitaria.
- Velar por los intereses de las comunidades como beneficiarios de la acción pública.
- Propender por el cumplimiento de los principios constitucionales que rigen la función pública.
- Establecer una relación constante entre los particulares y la administración por ser este un elemento esencial para evitar los abusos de poder y la parcialización excluyente de los gobernantes.
- Democratizar la administración pública.
- Promocionar el liderazgo y la participación ciudadana

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 43 de 46</p>  |

### **Impedimentos para ser veedor (a) contemplados en la Ley 850 de 2003.**

Según la Ley 850 de 2003, son impedimentos para ser veedor:

- Cuando quienes aspiren a ser veedores sean contratistas, interventores, proveedores o trabajadores adscritos a la obra, contrato o programa objeto de veeduría.
- Quienes hayan laborado dentro del año anterior a la obra, contrato o programa objeto de veeduría.
- Quienes estén vinculados por matrimonio, unión permanente o parentesco dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil con el contratista, interventor, proveedor, o trabajadores adscritos a la obra.
- Cuando sean trabajadores o funcionarios públicos, municipales, departamentales o nacionales, cuyas funciones estén relacionadas con la obra, contrato o programa sobre el cual se ejerce la veeduría
- En ningún caso podrán ser veedores los ediles, concejales, diputados y congresistas.
- Quienes tengan vínculos contractuales, o extracontractuales o participen en organismos de gestión de la ONG, gremio o asociación comprometidos en los procesos objeto de veeduría.
- En el caso de organizaciones, haber sido cancelada o suspendida su inscripción en el registro público, haber sido condenado penal o disciplinariamente, salvo por los delitos políticos o culposos o sancionado con destitución, en el caso de los servidores públicos.

### **Prohibiciones para las veedurías**

De acuerdo con lo ordenado por la ley, a las veedurías ciudadanas, en el ejercicio de sus funciones, les está prohibido, sin el concurso de autoridad competente, retrasar, impedir o suspender los programas, proyectos o contratos objeto de la vigilancia.

Cada Veeduría de Servicios de Salud deberá designar un representante y suplente para periodos de un año, con el quienes deberán asistir a los Comités de Veeduría Locales y a los Comités Regionales de Seguimiento, y deberán residir en el sitio que representa. Antes del 20 de enero de cada año las Veedurías de Servicios de Salud deberán remitir al Fondo de Pasivo Social de FCN, el Acta de Constitución de la Veeduría de Servicios de Salud que incluya los datos definidos anteriormente

### **Asociaciones de Usuarios de Salud**

Según lo establecido en la Circular Externa 0008 de la Superintendencia Nacional de Salud, el Fondo deberá adelantar las acciones necesarias para promover y fortalecer el ejercicio de la participación social acorde con la normatividad vigente. Por lo anterior, deberán garantizar a sus usuarios la materialización del derecho a conformar la asociación de sus usuarios.

Teniendo en cuenta que el Fondo cuenta con asociaciones de usuarios previamente constituidas en los diferentes puntos de atención, según lo definido en la citada Circular, se respetarán estas, que deberán cumplir los requerimientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud para su funcionamiento en lo referente a los servicios de salud.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 44 de 46</p>  |

Cada Asociación de Usuarios de Servicios de Salud deberá suscribir en forma anual un Acta de Constitución, en la cual se relacionará como mínimo el nombre de sus integrantes y la Junta Directiva conformada por presidente, secretario y tesorero; también deberá nombrarse un revisor fiscal que no hará parte de dicha Junta. El acta también deberá contener la identificación de la asociación, liga o alianza, la identificación de sus integrantes, la calidad de afiliado al Fondo, dirección de residencia, contacto telefónico y el periodo para el que se haya constituido.

Las Asociaciones de Usuarios de Servicios de Salud deberán elegir un representante y suplente en asamblea, para periodos de un año, que deberá residir en el sitio que representa, lo cual quedará estipulado en el Acta de Constitución. Antes del 20 de enero de cada año las Asociaciones de Usuarios deberán remitir al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, el Acta de Constitución de la Asociación de Usuarios que incluya los datos definidos anteriormente.

### **Otros mecanismos de Seguimiento a Servicios de Salud**

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, dando continuidad a lo establecido en la extinta empresa Ferrocarriles Nacionales de Colombia, ha dado continuidad a los Comités de Seguimiento a la Prestación de Servicios de Salud, con el fin de que dichos comités se encarguen de revisar en forma permanente los servicios de salud prestados por los contratistas y dar solución a las deficiencias a nivel ambulatorio y hospitalario que puedan ser resueltas en forma inmediata.

Estos comités, se encuentran regulados en el Plan de Beneficios y Condiciones que rigen los contratos de prestación de servicios de salud para los pensionados y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Dichos organismos de seguimiento pueden ser de carácter Municipal, Local y Regional.

### **Comités Municipales**

Los Comités Municipales se realizan en aquellas localidades en las cuales el Fondo no cuenta con oficinas y, por lo tanto, no tiene médicos auditores que residan allí. Los comités municipales se conformarán en todas y cada una de las localidades donde se prestan servicios a los usuarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales, de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia de la contratación.

### **Comités de Seguimiento Locales de Servicios de Salud**

Los comités de seguimiento y evaluación locales de servicios de salud se definen como las reuniones de seguimiento que se convocarán periódicamente en cada localidad donde el FPSFCN cuenta con médicos, con participación de representantes de los usuarios y veedurías de la localidad, con el fin de hacer un análisis de la forma como se ha desarrollado la prestación de servicios de salud.

### **Comités Regionales de Evaluación de Servicios de Salud**

Los comités regionales se definen como las reuniones de evaluación que se realizan semestralmente en cada división, que cuentan con la participación de representantes de las diferentes localidades, y que tienen por objeto el realizar un análisis de la forma como se ha desarrollado la prestación de servicios de salud.

## **35. INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL**

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>  | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |  | <p>Página 45 de 46</p>  |

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:

**Entidad: Superintendencia Nacional de Salud**

Dirección: Carrera 68A N.º 24B – 10 Edificio Plaza Claro, Torre 3, pisos 4, 9 y 10, Bogotá

Teléfonos: Bogotá: 7442000

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 513 700 | Fax: +57 601 744 2000 opción 4

Página web: [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)

De conformidad con lo señalado en la normatividad vigente 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 u 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.

**36. RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

La Red de prestación de servicios de salud está publicada en la pestaña Servicios de Salud opción red de prestadores en la página web <https://www.fps.gov.co/servicios/servicios-de-salud/44>

**37. CARTA DE DESEMPEÑO DEL FPSFCN**

**37.1 Indicadores de calidad del FPSFCN**

Los indicadores de calidad semestrales del Fondo Pasivo Social de FCN están publicados en la pestaña Servicios de Salud opción indicadores de salud en la página web [www.fps.gov.co](http://www.fps.gov.co) pestaña servicios de salud opción indicadores de salud.

Los resultados de los indicadores y la media nacional se pueden consultar en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=82>.

En la parte inferior ubique Reporte de indicadores y estándares por áreas de gestión”, haga clic en Descarga ubicado a la inferior.

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <p><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b></p> <p><b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA AFILIADA Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b></p> |  |
| <p>VERSIÓN: 4.0</p>   | <p>CÓDIGO: MIGSSGSSGS01</p>   | <p>FECHA ACTUALIZACIÓN: ENERO 28 DEL 2022</p>                                       |
|   |   | <p>Página 46 de 46</p>  |

### 37.2 Indicadores de calidad de las IPS contratadas

Los indicadores de calidad semestrales de las IPS contratadas del Fondo Pasivo Social de FCN están publicados en la pestaña Servicios de Salud opción indicadores de salud en la página web [www.fps.gov.co](http://www.fps.gov.co) pestaña servicios de salud opción indicadores de salud.

Los resultados de los indicadores y la media nacional se pueden consultar en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, en:  
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=82>.

En la parte inferior ubique Reporte de indicadores y estándares por áreas de gestión”, haga clic en Descarga ubicado a la inferior.

### 37.3 Posición en el ordenamiento (ranking)

El Fondo de Pasivo Social no está incluido en este momento en el ranking de ESP ya que en la encuesta no se captaron usuarios pertenecientes a nuestra entidad al momento que el Ministerio contrato dicha encuesta.

Aunque el nivel de posicionamiento de la entidad promotora de salud lo puede encontrar en el siguiente enlace:  
<http://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/ranking-actores.aspx>

### 37.4 Acreditación

El Fondo de Pasivo social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, contrata la totalidad de servicios en todos los niveles, por tal motivo no tiene acreditación ya que no presta servicios directamente.

Aunque la situación de la entidad promotora de salud y de las instituciones prestadoras que hacen parte de su red frente al proceso de acreditación lo puede encontrar en el siguiente enlace:  
<http://calidadensalud.minsalud.gov.co:81/Prestadores/TemasDestacados/IPSAcreditadas.aspx>

### 37.5 Comportamiento como pagador de servicios

Dada la naturaleza del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia no se paga servicio de salud de manera directa lo que hace es que, mediante contrato de prestación de servicios de salud captados en los 4 niveles de atención, hace un pago integral que corresponde a los valores de la UPC POS y PAC.

Los indicadores financieros (Estados financieros y presupuesto) se encuentran publicados en la página web [www.fps.gov.co](http://www.fps.gov.co) pestaña Información Financiera y Contable; se aplica el capítulo II procedimiento para la estructura y presentación de los estados contable básicos régimen de contabilidad pública y de acuerdo con la ley de 1712 del 2014 art 9 literal b) el fondo publica la ejecución presupuestal mensualmente.