

PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA

“UN GRUPO QUE VELA POR LA SALUD DE SU FAMILIA”



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

VERSIÓN 11 ABRIL 2021

PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA



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

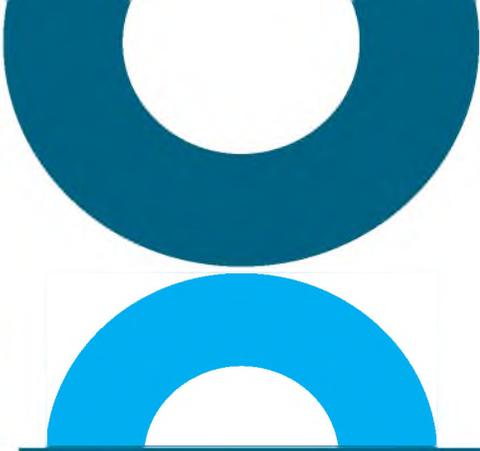


TABLA DE CONTENIDO

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

1. CAPITULO INFORMACIÓN GENERAL.....	11
1.1 GLOSARIO.....	11
1.2 PLAN DE BENEFICIOS Y SUS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	15
1.3 INEXISTENCIA DE PERIODOS DE CARENCIA.....	19
1.4 SERVICIOS DE DEMANDA INDUCIDA.....	19
1.5 PAGOS MODERADORES.....	27
1.6 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	33
1.7 ATENCIÓN DE URGENCIAS.....	42
1.8 MECANISMOS DE ACCESO A SERVICIOS.....	48
1.9 SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS.....	50
1.10 TRANSPORTE Y ESTADÍA.....	50
1.11 MUERTE DIGNA.....	52
2. CAPITULO DE DERECHOS.....	52
2.1 ATENCIÓN MÉDICA ACCESIBLE, IDÓNEA, DE CALIDAD Y EFICAZ.....	52
2.2 PROTECCIÓN A LA DIGNIDAD HUMANA.....	53
2.3 A LA INFORMACIÓN.....	54
2.4 A LA AUTODETERMINACIÓN, CONSENTIMIENTO Y LIBRE ESCOGENCIA.....	55
2.5 A LA CONFIDENCIALIDAD.....	56
2.6 A LA ASISTENCIA RELIGIOSA.....	56
3. CAPÍTULO DE DEBERES.....	56
4. CAPÍTULO DE INSTITUCIONES Y RECURSOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS	57

4.1 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE CONTACTO DISPONIBLES LAS 24 HORAS DURANTE LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA POR PARTE DE PIJAOS SALUD EPSI.....	57
4.2 GARANTÍA DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS AUTORIZADOS.....	58
4.3 ACUDIR A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD CUANDO SE PRESENTEN CONFLICTOS.....	58
4.4 LIBRE ELECCIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD Y TRASLADO DE EPS.....	58
4.5 ENTIDADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE LA EPS Y SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.....	60
4.6 ORGANIZACIONES DE CARÁCTER CIUDADANO Y COMUNITARIO PARA EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS Y MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EN LAS MISMAS.....	61
4.7 USO DE MECANISMOS DE PROTECCIÓN.....	61
5. CAPITULO CONCERNIENTE AL DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE.....	62
5.1 GENERALIDADES.....	62
5.1.1 GLOSARIO.....	62
5.1.2 PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD.....	63
5.2 DERECHOS DEL PACIENTE EN LO CONCERNIENTE A MORIR DIGNAMENTE.....	67
5.3 DEBERES DEL PACIENTE EN LO CONCERNIENTE A MORIR DIGNAMENTE.....	69

CARTA DE DESEMPEÑO

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



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

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

VISIÓN

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

OBJETIVOS

- Promover a Pijaos Salud EPS Indígena como la mejor opción en el manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Garantizar el acceso a servicios de medicina tradicional por parte de los usuarios que así lo deseen.
- Incrementar el número de afiliados proyectando extensión a otros departamentos o regiones.
- Desarrollar las herramientas de control de gestión de la entidad y de sus sistemas de información.
- Posicionar el tema de la salud y seguridad social indígena ante las instancias de decisión.

MISIÓN

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

- Mostrar los logros alcanzados en términos de experiencia exitosa, como argumento favorable.
- Gestionar la capacitación de líderes en el manejo de la seguridad social en salud.
- Gestionar la capacitación de líderes para el ejercicio de la participación y la representación de los intereses de las bases.
- Capacitar las comunidades en la conservación, manejo y preservación de los recursos naturales para garantizar su seguridad alimentaria.

¿QUIÉNES SOMOS?

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

RESEÑA HISTÓRICA

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

MEDICINA ANCESTRAL INDÍGENA

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



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

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

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

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

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

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

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

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

¿CUÁL ES SU OBJETIVO?

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

¿QUIÉNES PUEDEN HACER PARTE DE ELLA?

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

¿QUÉ ES LA RENDICIÓN DE CUENTAS?

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

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

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

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

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

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

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



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

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



1. CAPITULO INFORMACIÓN GENERAL

SIGLAS

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

ARL: Administradora de Riesgos Laborales .

CTC: Comité Técnico Científico.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

EPSI: Entidad Promotora de Salud Indígena.

FUNAT: Formato Único Nacional de Afiliación y Traslado .

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

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

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

PAI: Plan Ampliado de Inmunización.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente .

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

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

1.1 GLOSARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BENEFICIARIOS: Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.

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

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

COTIZANTE: Las personas, nacionales o extranjeras residentes en Colombia, que por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.. No aplica para usuarios indígenas del régimen subsidiado.

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

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

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

DEMANDA INDUCIDA: Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica, detección temprana y la adhesión a los programas de control.

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

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

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

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

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

LIBRE ESCOGENCIA DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan de Beneficios de

Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

MIPRES: Es una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

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

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

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

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

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

cáncer. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas.

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

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

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

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

PLANILLA INTEGRADA DE PAGO DE APORTES: Es un formato electrónico que facilita a los aportantes realizar el pago integrado de los aportes a la Seguridad Social y demás parafiscales, a través de transferencias electrónicas de fondos.

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

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

PORTABILIDAD: Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en

cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio de afiliación o de aquél donde habitualmente recibe los servicios médicos, en el marco de las reglas previstas en el Decreto 1683 de 2013.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización. No aplica para usuarios indígenas del régimen subsidiado.

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

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

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

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

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

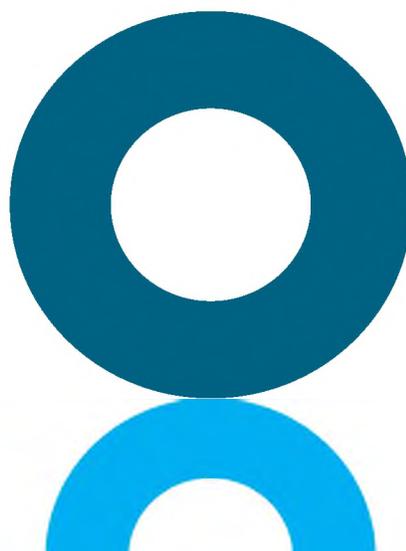
TRASLADO: Es el derecho que tienen los afiliados para cambiarse a otra Entidad Promotora

de Salud, una vez se cumpla con el período mínimo de permanencia exigido o se configuren las causales definidas para tal fin por las disposiciones legales vigentes.

TRIAGE: Es el método de selección y clasificación de pacientes que ingresan al servicio de urgencias, realizado por personal de salud, donde se debe brindar una valoración rápida y ordenada para identificar enfermedades que requieran atención médica inmediata de aquellas que puedan tomar un poco tiempo más en espera.

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

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



1.2 PLAN DE BENEFICIOS Y SUS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

El Plan de Beneficios con Cargo a la UPC cubre los servicios de salud contemplados en la Resolución 2481 de 2020, con un enfoque integral en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad en los afiliados de cualquier edad.

Servicios a que tienen derecho los afiliados a Pijaos Salud EPS indígena según el plan de beneficios de salud.

Acciones para la Recuperación de la Salud.

ATENCIÓN URGENCIAS:

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

ATENCIÓN AMBULATORIA:

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

ATENCIÓN CON INTERNACIÓN - HOSPITALIZACIÓN:

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

ATENCIÓN DOMICILIARIA:

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

ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO:

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

PROCEDIMIENTOS.

LABORATORIO CLÍNICO: Todos los que están indicados en el Anexo 3 de la Resolución 2481 de 2020.

PROCEDIMIENTOS GENERALES: Todos los que están indicados en el Anexo 2 de la Resolución 2481 de 2020.

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

TRASPLANTES DE ÓRGANOS: Están cubiertos los trasplantes de riñón, corazón, médula ósea, córnea y los demás contemplados en el anexo No. 2 de la Resolución 2481 de 2020.

SUMINISTRO DE SANGRE Y DERIVADOS DE LA SANGRE

ATENCIÓN EN SALUD ORAL PRÓTESIS DENTALES:

El plan de beneficios cubre las prótesis dentales totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante en todos los casos para usuarios del Régimen Subsidiado. Para usuarios del Régimen Contributivo, se cubrirá las prótesis dentales totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante, cuando el ingreso base de cotización sea inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS REINTERVENCIONES

IMPLANTE COCLEAR: para personas menores de tres (3) años de edad.

MEDICAMENTOS.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS: La EPS-I garantiza el suministro de los medicamentos incluidos en el anexo 01 de la Resolución 2481 de 2020 o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

RADIOFÁRMACOS.

MEDIOS DE CONTRASTE Y MEDIOS DIAGNÓSTICOS. SOLUCIONES Y DILUYENTES.

SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICIÓN.

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

- Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral.
- Medicamentos descritos en el Anexo 01 de la Resolución 2481 de 2020.
- La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses, hijos de mujeres VIH Positivo según Posología del médico o nutricionista tratante.
- Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS, para personas menores entre seis (06) y veinticuatro (24) meses de edad.

DISPOSITIVOS.

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

LENTE EXTERNOS

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

1) En Régimen Contributivo:

Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años y siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura, cuyo valor corre a cargo del usuario.

2) Régimen Subsidiado:

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

AYUDAS TÉCNICAS.

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

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

STENT CORONARIO

SALUD MENTAL

- Atención de urgencias en salud mental.
- Psicoterapia ambulatoria para la población general.
- Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia.
- Atención con internación en salud mental para población general, cobertura especial para mujeres víctima de violencia y menores de 18 años.

ATENCIÓN PALIATIVA.

Atención que se brinda a los usuarios con enfermedades en su fase terminal o cuando no haya Posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico.

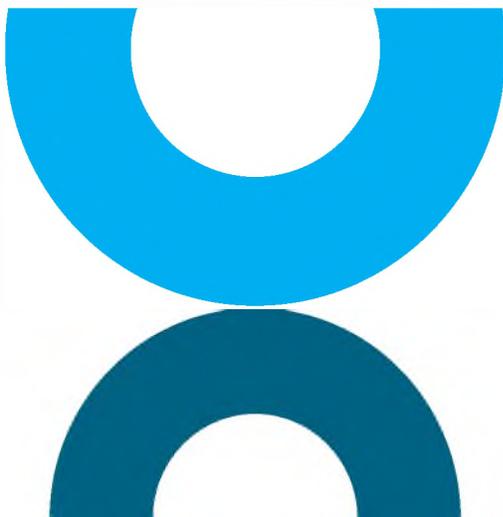
EVENTOS SERVICIOS DE ALTO COSTO.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

- a) Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
- b) Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
- c) Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
- d) Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
- e) Reemplazos articulares.
- f) Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.
- g) Manejo del trauma mayor.
- h) Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.
- i) Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
- j) Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
- k) Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

RÉGIMEN SUBSIDIADO:

- a) Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
- b) Atención de insuficiencia renal aguda o crónica.
- c) Manejo quirúrgico para enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales.
- d) Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
- e) Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo.
- f) Reemplazos articulares.
- g) Atención integral del gran quemado.
- h) Manejo del trauma mayor.
- i) Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA.
- j) Pacientes con cáncer.
- k) Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.
- l) Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.



COBERTURA ESPECIAL PARA POBLACIÓN INDÍGENA

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

Los servicios diferenciales son:

ACTIVIDADES DE MEDICINA ANCESTRAL INDÍGENA

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS

Tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 127 de la Resolución 2481 de 2020, las tecnologías que cumplan con los siguientes criterios no serán financiadas con cargo a la UPC:

- 1) Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- 2) Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.

- 3) Servicios no habilitados en el SGSSS, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- 4) Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- 5) Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos de la UPC, señalados en el artículo 154 de la ley 1450 de 2011 y el artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015).
- 6) Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al artículo 9 de la Ley 1751 de 2015.
- 7) Tecnologías y servicios excluidos explícitamente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, mediante los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento del procedimiento técnico-científico descrito en la Resolución 330 de 2017.

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

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

Para participar en el proceso de nominación u objeción de las exclusiones puede dirigirse al portal web:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/ley-estatutaria-mecanismos-de-exclusion.aspx>

Y para conocer los servicios y tecnologías en detalle que a la fecha han sido consideradas como exclusiones puede ampliar información a través del siguiente link:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%c3%b3n%20No.%20244%20de%202019.pdf

1.3 INEXISTENCIA DE PERIODOS DE CARENCIA

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

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

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

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

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

Vacunación Según El Esquema Del Programa Ampliado De Inmunizaciones PAI.

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

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

A los 6 meses	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Tercera	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	
	Hepatitis B		Hepatitis B	
	Polio		Tercera	Poliomielitis
	Influenza estacional		Primera	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 7 meses	Influenza estacional*		Segunda	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 12 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)		Única	Sarampión - Rubeola - Paperas
	Varicela		Única	Varicela
	Neumococo		Refuerzo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
	Hepatitis A		Única	Hepatitis A
A los 18 meses	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)		Primer refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio		Primer refuerzo	Poliomielitis
	Fiebre amarilla (FA)		Única	Fiebre amarilla
A los 5 años	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)		Segundo refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio		Segundo refuerzo	Poliomielitis
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)		Refuerzo	Sarampión - Rubeola - Paperas
Niñas 9 a 17 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera: Fecha elegida Segunda: 6 meses después de la primera dosis	Cáncer de cuello uterino	
Mujeres en edad fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxoide tetánico y diftérico del adulto (Td)**	5 dosis: Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de	Difteria - Tétanos - Tétanos neonatal	

		Td2 Td4: al año de la Td3 Td5: al año de la Td4 Refuerzo: cada diez años	
Gestantes	Influenza estacional	Una dosis a partir de la semana 14 de gestación	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Tdap (Tétanos - Difteria - Tos ferina Acelular)	Dosis única a partir de la semana 26 de gestación en cada embarazo	Tétanos neonatal - Difteria - Tos ferina al recién nacido
Adultos mayores de 60 años	Influenza estacional	Única	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza



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

ATENCIÓN DEL PARTO, POSPARTO Y DEL RECIÉN NACIDO



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

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN HOMBRES Y MUJERES

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



Periodicidad de los controles según método anticonceptivo

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

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

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

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

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

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

VALORACIONES INTEGRALES

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



MOMENTOS DEL CURSO DE VIDA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Valoración integral para la vejez (Mayores de 60 años).

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

ATENCIÓNES EN SALUD PARA LA VEJEZ

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

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

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

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

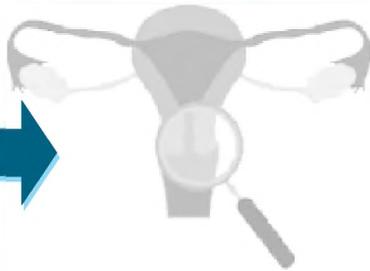


Logremos que el embarazo, parto y nacimiento del bebé sean en las mejores condiciones. No olvide aplicar las vacunas ordenadas durante el Embarazo.

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

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

ES IMPORTANTE SIEMPRE RECLAMAR EL RESULTADO DE LA CITOLOGÍA



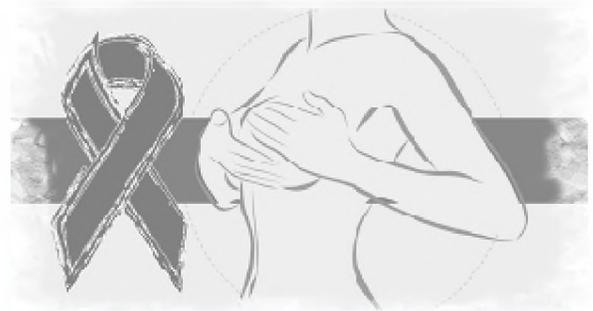
Se realiza pruebas ADN VPH en MUJERES entre 30 y 65 años, en esquema 1-5-5, es decir se toma prueba e inicialmente si el resultado es normal, se toma la segunda a los cinco años, si esta también es normal, la tercera a los cinco años de la segunda; pero si el resultado es anormal debe pasar a consulta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

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

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA - SENO

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

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



DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

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

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

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



DETECCIÓN ALTERACIONES VISUALES

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



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

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

- Bajo peso al nacer.
- Alteraciones asociadas a la nutrición (desnutrición aguda y obesidad).
- Infección respiratoria aguda - IRA (menores de cinco años).
 - IRA alta: Otitis media, faringitis estreptocócica, laringotraqueitis.
 - IRA baja: Bronconeumonía, bronquiolitis y neumonía.
- Enfermedad diarreica aguda / cólera.
- Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar
- Meningitis meningococcica.
- Asma bronquial.
- Síndrome convulsivo.
- Fiebre Reumática.
- Enfermedades de Transmisión sexual (infección, gonocócica, sífilis y VIH).
- Hipertensión Arterial.
- Cáncer
- Violencia de género (Violencia física, Violencia psicológica, violencia contra el menor, abuso sexual, violación).



- Diabetes juvenil y del adulto.
- Lesiones pre neoplásicas del cuello uterino.
- Lepra.
- Malaria.
- Dengue, chikungunya y zika.
- Leishmaniasis cutánea y visceral.
- Fiebre Amarilla.
- Leucemia mieloide y linfocítica
- Intoxicaciones
- Intento de suicidio.

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

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

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

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



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

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la Ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

1.5 PAGOS MODERADORES

RÉGIMEN SUBSIDIADO

COPAGOS

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

¿QUIÉNES DEBEN PAGAR COPAGOS?

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

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

El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente

Los copagos se calculan teniendo en cuenta el salario mínimo legal vigente, para el año 2.021 quedó así:

**SALARIO MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE
PARA EL AÑO 2021 = \$908.526**

**SALARIO MÍNIMO LEGAL DIARIO VIGENTE
PARA EL AÑO 2021 = \$ 30.284**

(Decreto 1785 de 2020 de la Presidencia de la República mediante el cual se fijó el salario mínimo mensual vigente para el año 2021)

Topes	Copago en % del servicio	Valor máximo copago 2021	Incremento 21/2020
Valor máximo por evento (1)	10%	\$ 454.263	3,5%
Valor máximo por año (2)		\$ 908.526	3,5%

1. Evento o servicio, por ejemplo, una cirugía o una hospitalización con atención no quirúrgica
2. Año calendario, agregado de copagos del 1° de Enero al 31 de diciembre de cada anualidad

SERVICIOS POR LOS CUALES USTED DEBE PAGAR COPAGO:

- Hospitalizaciones que no estén relacionadas con servicios exentos de copagos.
- Procedimientos quirúrgicos que no estén relacionadas con servicios exentos de copagos.
- Imágenes diagnósticas invasivas tales como: endoscopia, rectoscopia, medios de contraste.
- Procedimientos de odontología diferentes a consultas y actividades de promoción y prevención tales como obturaciones y endodoncia.
- Servicios de apoyo terapéutico: terapias físicas, respiratoria y de lenguaje.

SERVICIOS POR LOS CUALES NO DEBE PAGAR COPAGO:

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

1. Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones.
2. Servicios de promoción y prevención.
3. Programas de control en atención materno infantil.
4. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.

5. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
6. La atención inicial de urgencias
7. Los servicios sujetos al cobro de cuota moderada, los cuales se relacionan a continuación:

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

POBLACIÓN QUE NO DEBE PAGAR COPAGOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

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

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

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

1) Personas con discapacidad mental, salvo si su patrimonio le permite asumir estos gastos (Ley 1306 de 2009, artículo 12).

2) Los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010 (artículo 4°, parágrafo 2°), que de conformidad con lo previsto en su artículo 2°, corresponden a:

a) La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-Hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión de acuerdo con la normatividad vigente.

b) La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco- Hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios.

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

3) Las personas mayores de edad, en

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

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

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

6) Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física, mental y atención integral, sin importar su régimen de afiliación, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas (Ley 1438 de 2011, artículo 54).

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

8) Las personas con cualquier tipo de

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

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

CUOTAS MODERADORAS EN EL REGIMEN SUBSIDIADO

En el Régimen Subsidiado NO se pagan cuotas moderadoras.

ACCESO SIN OBSTÁCULOS POR PAGOS

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

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

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

CUOTAS MODERADORAS

Son pagos que deben realizar los afiliados al RÉGIMEN CONTRIBUTIVO tanto los cotizantes como los beneficiarios, se calcula de acuerdo al ingreso base de cotización (IBC) y tienen por

objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. (Artículo 1º Acuerdo 260 de 2004).

VALOR CUOTAS MODERADORAS 2021

Rango de IBC en SMLM V (1)	Categoría	Cuota en % del SMLDV (2)	Valor cuota moderadora 2020	Valor cuota moderadora 2021	Incremento 2021/2020
Menor a 2 SMLM V	A	11,70%	\$3.400	\$3.500	2,94%
Entre 2 y 5 SMLM V	B	46,10%	\$13.500	\$14.000	3,70%
Mayor a 5 SMLM V	C	121,50%	\$33.600	\$36.800	3,37%

(1) **SMLMV**= Salario Mínimo Legal Mensual Vigente Decreto 1785 de 2020, para el año 2.021 es de \$908.526

(2) **SMLDV** = Salario Mínimo Legal Diario Vigente, para el año 2021 es de \$30.284

Nota: Los valores resultantes de la aplicación de los porcentajes establecido en el Artículo 8º del Acuerdo 260 del CNSSS, se ajustarán a la centena más cercana. (Acuerdo 030 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, parágrafo del Artículo Décimo Primero).

SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS:

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

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

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

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

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

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

POBLACIÓN QUE NO DEBE PAGAR CUOTAS MODERADORAS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

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

COPAGOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

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

VALOR DE COPAGOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 2021

Rango de IBC en SMLMV (1)	Categoría	Copago en % del valor del servicio	Valor máximo por evento (2)	Valor máximo por año (3)	Incremento 2021/2020
Menor a 2 SMLMV	A	11,50%	\$260.747	\$522.402	3,5%
Entre 2 y 5 SMLMV	B	17,30%	\$1.044.805	\$2.089.610	3,5%
Mayor a 5 SMLMV	C	23,00%	\$2.089.610	\$4.179.220	3,5%

(1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente – Decreto 1785 de 2020

(2) Evento o servicio, por ejemplo, una cirugía o una hospitalización con atención no quirúrgica

(3) Año calendario, agregado de copagos del 1° de Enero al 31 de diciembre de cada anualidad

SERVICIOS POR LOS CUALES DEBE PAGAR COPAGO:

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

SERVICIOS POR LOS CUALES NO DEBE PAGAR COPAGO:

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

- Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones.
- Servicios de promoción y prevención.

3. Programas de control en atención materno infantil.

4. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.

5. Enfermedades catastróficas o de alto costo.

6. La atención inicial de urgencias

7. Los servicios sujetos a cobro de cuota moderadora como son:

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

POBLACIÓN QUE NO DEBE PAGAR COPAGOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

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

MECANISMOS DE RECAUDO DE COPAGOS Y/O CUOTAS MODERADORAS

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

ACCESO SIN OBSTÁCULOS POR PAGOS.

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

¡¡¡ASÍ SE CALCULAN LOS COPAGOS!!!

Lea detenidamente los siguientes pasos y siga las instrucciones para que calcule cuánto es el valor a cobrar por concepto de copagos:

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

RÉGIMEN	PORCENTAJE	FORMULA
CONTRIBUTIVO MENOR A 2 SMLMV	11,50%	VALOR \$\$\$ X 0,115
CONTRIBUTIVO ENTRE 2 Y 5 SMLMV	17,30%	VALOR \$\$\$ X 0,173
CONTRIBUTIVO MAYOR A 5 SMLMV	23,00%	VALOR \$\$\$ X 0,23
SUBSIDIADO	10%	VALOR \$\$\$ X 0,10

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

FUENTE:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/cuotas-moderadoras-copagos-2021.pdf>

FINALMENTE RECUERDE:

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

Para mayor Información ingresar al siguiente enlace:

<https://www.pijaossalud.com/wp-content/uploads/2021/02/PLAN-DE-COPAGOS-2021.pdf>

1.6 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

RED DE PRESTACION DE SERVICIOS PIJAOS SALUD EPSI NIVEL I - TOLIMA

NIVEL I					
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	MUNICIPIO	COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E	IBAGUÉ	MUNICIPAL	2640027 2655489	Carrera 5 No. 44-33	Urgencias, hospitalización de I nivel de atención, vacunación.
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	IBAGUÉ	MUNICIPAL	2765953 2765953	Carrera 8 no. 16-95 local 02	Consulta externa de primer nivel de atención, consulta especializada de pediatría, medicina interna y ginecología, Ortopedia, Psicología, Nutrición.
LABORATORIO CLINICO BIOANALISIS	IBAGUÉ	MUNICIPAL	2657783 2654480	Carrera 5 No. 39-36 Consult. 504 Cra 4D N°33-47 B/Cádiz	Laboratorio clínico básico y especializado.
SOLINSA - DISFARMA	IBAGUÉ	MUNICIPAL	3176380427	Cra. 4C N° 39-29 Barrio Macarena	Suministro de medicamentos ambulatorios del PBS
HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E.	RIOBLANCO	MUNICIPAL	2256407 3132380768	Carrera 1 No 3a-30 B/ San José	Urgencias, consulta externa, laboratorio clínico básico y hospitalización de primer nivel de atención, programas de promoción y prevención.
SOLINSA - DISFARMA	RIOBLANCO	MUNICIPAL	3176479031	Cra. 3A N° 3-24 Barrio Centro	Suministro de medicamentos ambulatorios del PBS
HOSPITAL MISERICORDIA DE SAN ANTONIO	SAN ANTONIO	MUNICIPAL	2253445	Calle 7 No. 8-61	Urgencias, consulta externa, laboratorio clínico básico y hospitalización de primer nivel de atención, vacunación.
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	SAN ANTONIO	MUNICIPAL	2253171	carrera 6 No.3-57	Consulta de medicina y odontología general, programas de promoción y prevención.
SOLINSA - DISFARMA	SAN ANTONIO	MUNICIPAL	3183627331	Calle 7 No. 8-66 Frente al Hospital	Suministro de medicamentos ambulatorios del PBS
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E.	ORTEGA	MUNICIPAL	2258801 2258120	CALLE 6 No. 3-25	Urgencias, consulta externa, laboratorio clínico básico y hospitalización de primer nivel de atención, vacunación.
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	ORTEGA	MUNICIPAL	2258770 3203044875 3122548340	CRA 3 No. 4-100	Consulta externa de primer nivel de atención, consulta especializada de pediatría, medicina interna y ginecología, Ortopedia, Psicología, Nutrición, laboratorio clínico básico
SOLINSA - DISFARMA	ORTEGA	MUNICIPAL	3186008255	Carrera 5 No. 14-56 Barrio Centro	Suministro de medicamentos ambulatorios del PBS
HOSPITAL SAN ROQUE DE COYAIMA E.S.E	COYAIMA	MUNICIPAL	2278210 2278014 2278127	CALLE 4 No. 2-05	Urgencias, hospitalización nivel I, laboratorio básico, imagenología I nivel, vacunación.
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	COYAIMA	MUNICIPAL	2638610	carrera 3 No. 2-60	Consulta externa de primer nivel de atención, consulta especializada de pediatría, medicina interna y ginecología, laboratorio clínico básico Ortopedia, Psicología, Nutrición.

NIVEL I					
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	MUNICIPIO	COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	COYAIMA	MUNICIPAL	2638610	Carrera 3 No.2-60	Consulta externa de primer nivel de atención, consulta especializada de pediatría, medicina interna y ginecología, Ortopedia, Psicología, Nutrición. laboratorio clínico básico
SOLINSA - DISFARMA	COYAIMA	MUNICIPAL	3174274112	Calle 5 Barrio La Loma	Suministro de medicamentos ambulatorios del PBS
HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.	NATAGAIMA	MUNICIPAL	2269013	Cra. 11 Calle 6	Urgencias, hospitalización nivel I, laboratorio básico, imagenología I nivel, vacunación.
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	NATAGAIMA	MUNICIPAL	2264041 2264042	carrera 4 No. 5-45	Consulta externa de primer nivel de atención, consulta especializada de pediatría, medicina interna y ginecología, Ortopedia, Psicología, Nutrición. laboratorio clínico básico
SOLINSA - DISFARMA	NATAGAIMA	MUNICIPAL	3176387934	Calle 7 No. 3-27 Local 3 B/ Centro	Suministro de medicamentos ambulatorios del PBS
HOSPITAL CENTRO DE PLANADAS E.S.E.	PLANADAS	MUNICIPAL	2265249 2265252	Calle 9 No. 5-30	Urgencias, consulta externa, laboratorio básico, hospitalización I nivel I, promoción y prevención.
SOLINSA - DISFARMA	PLANADAS	MUNICIPAL	317427412	Calle 9 No.5-17 Barrio Centro	Suministro de medicamentos ambulatorios del PBS
THE WALA IPS INDÍGENA PÚBLICA	CHAPARRAL	MUNICIPAL	2638610	Carrera 10 Calle 6 esquina	Consulta externa de primer nivel de atención, consulta especializada de pediatría, medicina interna y ginecología, Ortopedia, Psicología, Nutrición.
SOLINSA - DISFARMA	CHAPARRAL	MUNICIPAL	3187077263	Carrera 9 No. 10-74 B/ San Juan Bautista Local 2	Suministro de medicamentos ambulatorios
SOLINSA - DISFARMA	SALDAÑA	MUNICIPAL	3143116817	Carrera 16 No. 14A- 20 Barrio Centro	Suministro de medicamentos ambulatorios
HOSPITAL SAN CARLOS	SALDAÑA	MUNICIPAL	2266052 2667191	Kilometro 1 Vía Purificación	Urgencias, procedimientos menores, hospitalización (estancia, laboratorio, farmacia, medicamentos hospitalarios e insumos) consulta por medicina general.
NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA	PURIFICACIÓN	MUNICIPAL	3182097583	Carrera 9 Calle 7 Esquina Barrio Santa Barbara	Urgencias, consulta externa, laboratorio básico, hospitalización I nivel I, promoción y prevención.
SOLINSA - DISFARMA	PURIFICACIÓN	MUNICIPAL	3174272551	Carrera 9 No. 8A-22 B/ Santa Barbara	Suministro de medicamentos ambulatorios
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOURDES	ATACO	MUNICIPAL	2240330	Cra. 5 No. 4-39	Urgencias, procedimientos menores, hospitalización (estancia, laboratorio, farmacia, medicamentos hospitalarios e insumos) consulta por medicina general.
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	PRADO	MUNICIPAL	3202000465	Cra. 13 No. 3a-78	Urgencias, procedimientos menores, hospitalización (estancia, laboratorio, farmacia, medicamentos hospitalarios e insumos) consulta por medicina general.

RED DE SERVICIO PIJAOS SALUD EPS-I BAJA COMPLEJIDAD RISARALDA

NIVEL I					
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	MUNICIPIO	COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
SALUD PEREIRA E.S.E.	PEREIRA	MUNICIPAL	3515252	SEDES: 30 de Agosto, Kennedy, San Joaquin, Cuba, San Jorge, Varias más.	Urgencias, consulta externa, laboratorio clínico básico y hospitalización de primer nivel de atención, programas de promoción y prevención. Especialidades de medicina interna, Ginecoobstetricia, Pediatría, Nutrición y dietética.
SOLINSA - DISFARMA.	PEREIRA	MUNICIPAL	3152028842 3153345877	Calle 32 bis No. 13-25 Piso 1 Diagonal Funeraria La Piedad (Pereira) Calle 1 No. 3-23	Suministro de medicamentos ambulatorios
HOSPITAL SANTA ANA DE GUATICA	GUATICA	MUNICIPAL	3539093 3539358	Carrera 5 No. 14-58	Urgencias, consulta externa, laboratorio clínico básico y hospitalización de primer nivel de atención, programas de promoción y prevención.
HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARSELLA	MARSELLA	MUNICIPAL	3207259805 3685024 3685025	CARRERA 14 No. 16-20	Urgencias, consulta externa, laboratorio clínico básico y hospitalización de primer nivel de atención, programas de promoción y prevención.
HOSPITAL SAN RAFAEL DE PUEBLO RICO	PUEBLO RICO	MUNICIPAL	3663307 3663235	carrera 4 No. 9-45	Urgencias, consulta externa, laboratorio clínico básico y hospitalización de primer nivel de atención, programas de promoción y prevención.
HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHIA	QUINCHIA	MUNICIPAL	3563360 3563145 3563146	Carrera 9 No. 1-90	Urgencias, consulta externa, laboratorio clínico básico y hospitalización de primer nivel de atención, programas de promoción y prevención.
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO	MISTRATO	MUNICIPAL	3526032 3526009	Carrera 5 No. 8-36	Urgencias, consulta externa, laboratorio clínico básico y hospitalización de primer nivel de atención, programas de promoción y prevención.

RED DE SERVICIOS BAJA COMPLEJIDAD PIJAOS SALUD EPS-I META

NIVEL I					
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	MUNICIPIO	COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
MATSULADANI IPS INDIGENA UNUMA LDA	PUERTO GAITAN	MUNICIPAL	3153916286 3204440751 3133874777	Carrera 13 No. 13d-21 Vía Principal Las Mulas	Consulta de medicina y odontología general, laboratorio clínico básico programas de promoción y prevención, programa de medicina ancestral, suministro de medicamentos.
PREVENCIÓN INTEGRAL EN SALUD IPS SAS	PUERTO GAITAN	MUNICIPAL	3123774360 6460344	Calle 9 N° 7-54	Consulta de medicina y odontología general, laboratorio clínico básico, vacunación intramural y extramural.

**RED DE SERVICIOS PIJAOS SALUD EPS-I NACIONAL
MEDIANA COMPLEJIDAD**

NIVEL II				
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DPTO. COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
ÓPTICA YAMPAL SAS	TOLIMA	2658036-3118479387	Calle 36 no. 4d-23	Consulta de optometría, suministro de lentes y monturas.
CLÍNICA DE OJOS DEL TOLIMA	TOLIMA	2647250 2647251 2665324 2704213	cra 4h calle 32 esquina b- Cádiz	Consulta de oftalmología y subespecialidades oftalmológicas. Apoyo diagnóstico y cirugía.
CENTRO DE ESPECIALISTAS DE COLOMBIA S.A.S.	TOLIMA	2761850 3102760225	Calle 28 Cr 6 Esquina B/El Carmen	Consulta ambulatoria especializada y Apoyo Diagnostico
CENDITER S.A.S	TOLIMA RISARALDA META	2616200-2615444	Vía Calambeo Avenida 19 Cra 13 consultorio 202	Consulta de gastroenterología y apoyo diagnostico relacionado con la especialidad.
CARDIOLOGIA SIGLO XXI SAS	TOLIMA RISARALDA META	5155000 EXT 100-200	Carrera 4 N°44-05 B- Piedra Pinada parte alta	Consulta externa de cardiología, Programa de rehabilitación cardiaca y apoyo diagnóstico.
THE WALA	TOLIMA SAN ANTONIO SALDAÑA RIOBLANCO PURIFICACIÓN PRADO ORTEGA NATAGAIMA IBAGUÉ COYAIMA CHAPARRAL	3115832652 3108810052 2480552 2264399 2258770 2253171	Calle 36 No. 4D-28 Carrera 10 Calle 6 Esq. Calle 3 No. 2-60 Calle 3 No. 4-100 Carrera 6 No. 3-57	Consulta externa de primer nivel de atención, consulta especializada de pediatría, medicina interna y ginecología, Ortopedia, Psicología, Nutrición.
PROFAMILIA	TOLIMA RISARALDA META	Línea gratuita nacional 018000 110 900	Calle 34 no. 14-52	Cirugía y procedimientos ginecológicos, asistencia en planificación familiar.
UROCADIZ	TOLIMA	2641163 - 2652371	Carrera 4D No. 32-11	Consulta externa especializada, servicio de cirugía ambulatoria, apoyo diagnóstico.
CENTRO ESPECIALIZADO DE UROLOGIA	TOLIMA RISARALDA META	2648888 - 3155734106	Carrera 4C No. 31-23 B/ Cadiz. Sede Neiva: Calle 16 No. 6-16 B/ Quirinal	Consulta externa especializada, servicio de cirugía ambulatoria, apoyo diagnóstico.
CLINNOVA CLÍNICA DE HERIDAS Y OSTOMIAS S.A.S	TOLIMA RISARALDA META	3024539638 2666831	Carrera 12 No. 92-21 Edificio Unidad Medico Quirúrgica Medicadiz Consultorio 612 Vía Aeropuerto Perales	Clínica de heridas y ostomias, cuidado del pie diabético, cuidado de usuario úlceras varicosas, cuidado de fistulas.
INSTITUTO OFTALMOLÓGICO DEL TOLIMA S.A.S	TOLIMA	2774328 2659892 2646499 3174355209	Carrera 4b no. 31-33 b Cádiz	Consulta externa especializada, servicio de cirugía ambulatoria, apoyo diagnóstico.
FUNDACIÓN GRUPO DE APOYO TOLIMA	TOLIMA RISARALDA META	2664049 3175009279	Calle 7 no. 02-60 b la Pola	Servicios de psicología y psiquiatría para pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.
IPS INTEGRAL SOMOS SALUD S.A.S.	TOLIMA	2641935-2660657	Carrera 4C N° 33-20	Apoyo terapéutico integral.
UNIDAD DE REHABILITACION CARDIO-PULMONAR E.U (PULSAR)	TOLIMA	2639677 2618300	avenida 19 carrera 13 vía calambeo ocho consultorio 401	Consulta especializada de neumología y apoyo diagnostico relacionado con el área.
NEUROCONEXION	TOLIMA	2777799 2777781	CALLE 35 No. 4J-45	Consulta externa de neurología y neuropediatría, apoyo diagnostico relacionado con el área.
NEUROCAD S.A.S	TOLIMA	3114772009	Carrera 9 N° 8-81	Consulta externa de neurología, apoyo diagnostico relacionado con el área.

NIVEL II				
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DPTO. COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E LERIDA TOLIMA	TOLIMA	2890526 2890803 2890650 FAX: 2890634	km 1 vía iguacitos	Consulta externa de psiquiatría y psicología, Unidad de salud mental.
CLÍNICA LOS REMANSOS INSTITUTO TOLIMENSE DE SALUD MENTAL S.A.S	TOLIMA	2703994 2645173	CRA 4B N°33-33 B/CADIZ	Consulta externa de psiquiatría y psicología, Unidad de salud mental.
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL	TOLIMA	2482818-2482813	calle 4 no. 6-29	Consulta externa especializada, urgencias, hospitalización, UCI, imagenología, laboratorio clínico y cirugía.
CLÍNICA LAS VICTORIAS FRACTURAS SAS	TOLIMA RISARALDA META	2394767 2394768 3114523905	Carrera 7 N° 3 -55	Consulta externa especializada, cirugía, imágenes diagnósticas.
INSTITUTO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS DE COLOMBIA SAS DIGELCOL SAS	TOLIMA RISARALDA META	8631056 6740749 2772081	IBAGUE: Calle 31 N° 4 A -23 B/Cádiz	Consulta de gastroenterología y apoyo diagnóstico relacionado con la especialidad.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E	TOLIMA RISARALDA META	018000965050 6500505 6500515 6500520	calle 15 entre carrera 2-4	Urgencias, consulta externa especializada, hospitalización, cirugía apoyo diagnóstico y complementario
PREVENCION INTEGRAL EN SALUD IPS S.A.S	META	3123774360 6460344	CALLE 90 N° 7-54	Consulta externa general y especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio farmacéutico.
CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PREVER SAS	META	3115354077 3123044893	Transv 29 N° 41-110	ministro de monturas y lentes, consulta externa optometría y oftalmología, cirugía ambulatoria.
ODONTOCLINICOS MR SA	META	6630539	Carrera 38 N° 33-48 Barzal Alto	Consulta odontología especializada; endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, cirugía maxilofacial, ortodoncia maxilar.
ENLACES - DOS S.A.S	META	3108172647 6836624	Carrera 39 N° 33 A 40	Consulta dermatología, geriatría, endocrinología, ginecobstetricia, infectología, neumología, neurología, nutrición y dieta
CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES	RISARALDA	3199632 3106308144 3299629	Calle 19 N° 5-13 Consultorio 617-618- 711-807B-808B	Consulta de psicología general, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiología, terapia de lenguaje, terapia acuática, neuropsicología.
HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA	RISARALDA	3373444-3370406 3375441	Av. 30 de agosto no. 87- 76 km 5 vía cerritos	Consulta externa especializada y Unidad Mental
UNIDAD OFTALMOLÓGICA LÁSER S.A	RISARALDA	3253000-3252060 3108327802	Avenida circunvalar no. 9-42	Consulta externa especializada, apoyo diagnóstico y cirugía ambulatoria.
INSTITUTO DE EPILEPSIA Y PARKINSON DEL EJE CAFETERO	RISARALDA	3119998-3341504 3334213	Carrera 9 N° 25-25 CONSULTORIO	Consulta externa especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico.
HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO DE LA VIRGINIA E.S.E	RISARALDA	3683685- 3682271-3683605	LA VIRGINIA	Urgencias, consulta externa general y especializada, hospitalización, cirugía, apoyo diagnóstico y terapéutico, imagenología, laboratorio entre otros.
HOSPITAL SANTA MÓNICA ESE	RISARALDA	3302507-302060 3116300304	Calle 18 N° 19-20	Urgencias, servicios médicos de consulta externa general y especializada, hospitalización, cirugía, apoyo diagnóstico, imagenología, laboratorio entre otros.

RED DE SERVICIOS ALTA COMPLEJIDAD EPS-I NACIONAL

NIVEL III y IV				
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
CEPAIN	TOLIMA RISARALDA META	3017100085	Carrera 69 No. 69-98 A -11 Local111	Atención integral para pacientes con VIH, consulta externa especializada.
INVERAUDIT S.A.S.	TOLIMA RISARALDA META	2704981	Centro Comercial la Quinta Local 277	Suministro de insumos y medicamento PBS Y NO PBS.
SHARON MEDICAL GROUP S.A.S.	TOLIMA	2710102-2687279 3176613474- 3165628608	carrera 5 no. 84-13-15	Consulta externa especializada, hospitalización, UCI, cirugía, apoyo diagnóstico y terapéutico.
CLÍNICA IBAGUÉ S.A.	TOLIMA RISARALDA META	2619773-2613752	Carrera 5 N° 12-15	Urgencias de trauma, consulta externa especializada, hospitalización, cirugía, laboratorio clínico e imágenes diagnósticas
MEDICINA INTENSIVA DEL TOLIMA S.A	TOLIMA RISARALDA META	2517771-2515771	Calle 9 N° 22 A-193	Unidad de Cuidado intermedio, intensivo adulto, transporte asistencial, medicina nuclear-no oncológica.
CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR DEL TOLIMA	TOLIMA RISARALDA META	2614122-2614122	carrera 1 no. 12-84 interior tercer piso	Estudios de medicina nuclear.
NEFROUROS MOM S.A.S	TOLIMA RISARALDA META	2642645	Carrera 4C No. 31-23 B- Cádiz	Consulta especializada de nefrología, atención integral al paciente renal crónico, servicios de terapia de remplazo renal.
SERVICIO CARDIOCRITICO DEL TOLIMA SAS	TOLIMA RISARALDA META	2661567- 3212198366	carrera 10 sur con calles 60 a 70	Unidad de cuidado crónico
CLÍNICA ONCOSALUD IPS SAS	TOLIMA RISARALDA META	2770212	Calle 31 N° 4D-46 Barrio Cádiz Ibagué	Consulta ambulatoria de especialidades oncológicas, procedimientos quirúrgicos de ginecología oncológica, sala de quimioterapia.
CLÍNICA INTERNACIONAL DE ALTA TECNOLOGIA CLINALTEC SAS	TOLIMA RISARALDA META	3177207140	Kilómetro 6 vía Ibagué Espinal Sector Picafeña	Consulta externa especializada en oncología, radioterapia, Apoyo Diagnóstico y complementario.
CLÍNICA AVIDANTI IBAGUÉ	TOLIMA RISARALDA META	2756030- 2615900- 2756032-2639016	Avenida 19 Cra 13 Vía calambeo	Unidades de cuidado intensivo e intermedio de adulto, consulta externa especializada, laboratorio clínico básico y especializado, servicio de cirugía, hospitalización.
UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA S.A	TOLIMA	2653133-2644785	Calle 44 N ° 4-62 Piedra pintada unidad local 106 centro médico javeriano	Atención en unidad de cuidados intermedios e intensivos (neonatal y pediátrico) consulta externa especializada.
CLÍNICA TOLIMA S.A	TOLIMA RISARALDA META	2708000 2708006	Carrera 1 No. 12-22 B	Urgencias, hospitalización de mediana y alta complejidad, UCI adultos y neonatal, consulta externa especializada, cirugía, apoyo diagnóstico y terapéutico.
MEDICADIZ SAS	TOLIMA RISARALDA META	2650573 2596411 2771186	Carrera 5 No. 31-114	Servicio de internación, Procedimientos quirúrgicos, consulta externa, apoyo diagnóstico y terapéutico, laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ultrasonido transfusión sanguínea.
RHEUMAHHELP IPS ZOMAC SAS	TOLIMA RISARALDA META	3183333513 3202366750	Calle 8 No. 9-09 B/ La Estrella Florencia Calle 35 No. 4b-49 cons. 5 Ibagué	Manejo integral en artritis reumatologica
INSTITUTO VASCULAR E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	TOLIMA	2692120 3173464798	Carrera 8 No. 12-115 Centro Purificación	Consulta especializada, imágenes diagnosticas, prueba de esfuerzo cardiovascular, holter, rayos X y tomografía.

NIVEL III y IV				
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
TOLIMEDICA S.A.S.	TOLIMA	3175452001 5159525	Carrera 5 No. 41-16 Edificio f5 bussines Center cons.1006	Consulta y procedimientos odontológicos especializados, (Cirugía, endodoncia , periodoncia, ortodoncia, rehabilitación oral, odontopediatría, diseño de sonrisa.
AUDIMEDICA	TOLIMA	3152567955 2619820	Calle 11 No. 1-92 cs 01 Edificio Centro de Especialistas	Consulta especializada de audiología, exámenes audiológicos, y suministro de prótesis auditivas.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	TOLIMA RISARALDA META	6583030-6191220	Carrera 6 A N° 119-14	Servicios de baja, mediana y alta complejidad: Urgencias, consulta externa, cirugía, hospitalización, unidad de cuidado intensivo, apoyo diagnóstico y complementario.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE	TOLIMA RISARALDA META	4546800-7560505	Calle 9a N°39-46 sede asdingo	Servicios de baja, mediana y alta complejidad: Urgencias, consulta externa, cirugía, hospitalización, unidad de cuidado intensivo, apoyo diagnóstico y complementario.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE	TOLIMA RISARALDA META	4853551-4853715	TV44N°51B-16SUR	Servicios de baja, mediana y alta complejidad: Urgencias, consulta externa, cirugía, hospitalización, unidad de cuidado intensivo, apoyo diagnóstico y complementario.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	TOLIMA RISARALDA META	234444/4	Diagonal 34 N° 5-43	Servicios de baja, mediana y alta complejidad: Urgencias, consulta externa, cirugía, hospitalización, unidad de cuidado intensivo, apoyo diagnóstico y complementario.
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	TOLIMA RISARALDA META	4077075	Carrera 8 N° 0-29 Sur	Urgencias, Consulta externa especializada, hospitalización, servicio de cirugía, laboratorio, Unidad de cuidado intensivo, apoyo terapéutico y diagnóstico.
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVAEZ COLCAN S.A.S	TOLIMA RISARALDA META	744555-7437777- 018000180319	Sede principal: Calle 49 13-60: BOGOTA D.C	Laboratorio Clínico básico y especializado
CLÍNICA SANTA TERESITA	TOLIMA RISARALDA META	7430643- 7436570- 7436571-7436572	Cra 96 C N° 21ª -43	Consulta externa especializada, cirugía Ambulatoria, Unidad de cuidados básicos, intermedios e intensivos neonatales.
PROCARDIO HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA	TOLIMA RISARALDA META	5922979- 5753756- 5753811-5754008	carrera 1 este 31-58 Soacha	Unidad de cuidado intensivo e intermedio neonatal, pediátrico, y de adultos, servicios quirúrgicos, apoyo terapéutico, servicio de terapia de remplazo renal.
MEDICINA NUCLEAR DE BOGOTÁ S.A.S.	TOLIMA RISARALDA META	7034991 7034982 3173651854	Carrera 20 No. 62-09	Medicina Nuclear
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E	TOLIMA RISARALDA META	3341111	Avenida 1 no. 9-85	Atención integral al paciente oncológico, urgencias, Consulta externa especializada, hospitalización, servicio de cirugía, laboratorio, Unidad de cuidado intensivo, apoyo terapéutico y diagnóstico.
INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT	TOLIMA RISARALDA META	353400-3534016- 018000127500	CRA 4 ESTE N ° 17-50	Urgencias, Consulta externa especializada, hospitalización de mediana y alta complejidad, servicio de cirugía, laboratorio, Unidad de cuidado intensivo, apoyo terapéutico y diagnóstico.
UNIDAD DE DIAGNOSTICO MEDICO UNIDIME S.A.S	TOLIMA RISARALDA META	7047922-7043401	Calle 134 N° 7-83 Cons 242 Edificio altos del bosque	Consulta de oftalmología, y subespecialidades oftalmológicas. Apoyo diagnostico relacionado con la especialidad de oftalmología

NIVEL III y IV				
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
JUNICAL MEDICAL LTDA	TOLIMA RISARALDA META	8330190-8329630	Carrera 5 No. 20a-37- Carrera 6 No. 20-115	Consulta externa especializada, hospitalización, servicio de cirugía, laboratorio, Unidad de cuidado intensivo, apoyo terapéutico, y diagnóstico. Unidad de cardiología
MEINTEGRAL S.A	TOLIMA RISARALDA META	Ibagué : 2664319	Carrera 4 No. 3-11	Consulta externa subespecialidades pediátricas, UCI intensivo e intermedio pediátrico, intensivo e intermedio neonatal e intermedio e intensivo adulto
E.S.E. HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	TOLIMA RISARALDA META	871 5907 - 871 4415	CALLE 9 N° 15-25	Urgencias, Consulta externa especializada, hospitalización de mediana y alta complejidad, servicio de cirugía, laboratorio, Unidad de cuidado intensivo, apoyo terapéutico y diagnóstico.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E	TOLIMA RISARALDA META	6817901-6706172	calle 37 a no. 28-53 barrio barzal alto	Urgencias, Consulta externa especializada, hospitalización de mediana y alta complejidad, servicio de cirugía, laboratorio, Unidad de cuidado intensivo, apoyo terapéutico y diagnóstico.
CLÍNICA DE CIRUGÍA OCULAR LTDA.	META	6728600-6726172	CALLE 15N 43-08	Consulta de oftalmología y subespecialidades oftalmológicas, servicio de cirugía, y apoyo diagnóstico.
CLÍNICA SAN RAFAEL S.A.S	RISARALDA	3270700 3176689561	Carrera 25 N° 74 A 87 B/ San Rafael Uribe	Consulta externa especializada, hospitalización de mediana y alta complejidad, servicio de cirugía, laboratorio, Unidad de cuidado intensivo, apoyo terapéutico y diagnóstico.
RESPIREMOS UNIDAD DE NEUMOLOGÍA Y ENDOSCOPIA RESPIRATORIA DEL EJE CAFETERO S.A.S	RISARALDA	3170710	CRA 18 N° 12-75 PISO 7 TORRES 2 MEGACENTRO PINARES	La prestación de servicios de salud consulta especializada pruebas de función pulmonar y laboratorio pulmonar, unidad de rehabilitación pulmonar y cardiaca.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA E.S.E.	TOLIMA RISARALDA META	3356333-3240105	Carrera 4 no. 24-88	Urgencias, Consulta externa especializada, hospitalización de mediana y alta complejidad, servicio de cirugía, laboratorio, Unidad de cuidado intensivo, apoyo terapéutico y diagnóstico.
ENDODIGESTIVOS S.A.S	RISARALDA	3251182 3168786985	Carrera 6 no. 22-48 con 210	Apoyo diagnóstico y terapéutico relacionado con la especialidad de gastroenterología.
CRITICAL CARE	TOLIMA	2484111	Calle 4 No. 6-29 Barrio San Rafael	Servicios de internación: unidad de cuidado intensivo adulto, cuidado intermedio adultos.
FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA HOMI	BOGOTÁ	3811970 2463695	Bogotá	Servicio de intención general, pediátrica cuidado intensivo neonatal, intermedio pediátrico, cuidado neonatal intensivo y pediátrico, cuidado básico neonatal, unidad de quemados pediátricos, consultas especializadas, cirugía maxilofacial, servicios de urgencias, transporte asistencial básico, diagnóstico cardiovascular, endoscopia digestiva fibroendoscopia, hemodinámica, laboratorio clínico, quimioterapia, radiología e imágenes diagnósticas, toma de muestras de laboratorio clínico y patologías.
ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE	TOLIMA RISARALDA META		Avenida Circunvalar N° 1-46	Atención integral al paciente oncológico, urgencias, Consulta externa especializada, hospitalización, servicio de cirugía, laboratorio, Unidad de cuidado intensivo, apoyo terapéutico y diagnóstico.

RED DE SERVICIOS PIJAOS SALUD EPS-I COMPLEMENTARIA

RED DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	COBERTURA	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
LABORATORIO CLÍNICO BIOANÁLISIS E.U.	TOLIMA	2657783 2654480	Cra- 5 No. 39-36 Consultorio 504	Laboratorio clínico de I, II, III y IV nivel de atención.
INSTITUTO DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS - IDIME	TOLIMA RISARALDA META	2641639 2653642	Cra. 4d no. 32-29	Laboratorio clínico básico y especializado, imagenología convencional y especializada, Medicina nuclear.
TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD S.A.S.	TOLIMA	2659800	Calle 60 N° 6A -25	Suministro de material de osteosíntesis.
PROMOVER LTDA	TOLIMA RISARALDA META	2666814 2703970	cra 4b n° 33-08	Servicio de Ambulancia Básica y Medical izada, consulta externa especializada.
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN DEL TOLIMA IDEAL	TOLIMA	2717226 3176361839	Carrera 3A N° 64 A 46 Etapa II Barrio Jordán	Consulta externa especializada, apoyo terapéutico.
OXITOLIMA S.A IPS	TOLIMA	2622288 3107525930	calle 17 no. 8-21 B/ Interlaken	Suministro De Oxígeno Medicinal Ambulatorio.
OXICENTER HOME CARE SAS	VALLE DEL CAUCA	2144842 2133366	CALLE 1 N° 10-96	Suministro De Oxígeno Medicinal Ambulatorio.
CENTRO DE ALTA TECNOLOGÍA DIAGNOSTICA DEL EJE CAFETERO S.A	TOLIMA RISARALDA META	3254602 3351895	Calle 18 No. 7-102	Resonancia magnética nuclear.
HOGAR DE PASO ALVIHOUSE S.A.S	TOLIMA RISARALDA META	2776245 300241217	CALLE 32 N° 4 -50 B/ Francia	Casa de Paso
AUDIOSALUD INTEGRAL LTDA.	TOLIMA RISARALDA META	4762333 3404777	CARRERA 4C N. 39-79 B/ Macarena	Consulta de audiolgía, apoyo diagnóstico, suministro de adaptación de audífonos
LABORATORIO DE GENÉTICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR	TOLIMA RISARALDA META	6257369 8052971	AV CALLE 134 N 7B CS 124	Laboratorio especializado en genética.
INSTITUTO DE ULTRATECNOLOGIA MEDICA SAS	TOLIMA RISARALDA META	2770212	Calle 31 N° 4D-46 Barrio Cádiz Ibagué	Radiología convencional y especializada, medicina nuclear.
HOGAR DE PASO ITZAYANA SAS	TOLIMA RISARALDA META	Neiva: Celular 3202342655 Ibagué: Celular 3134562747 Bogotá: Celular: 3134562747 V/cencio: Celular: 3134562747	Neiva: Calle 14 N° 30- 63 Ibagué: Calle 12 N° 8-08 Barrio Centenario Bogotá: Carrera 12 C 17 Sur 98 Villavicencio: vereda vanguardia vía antigua Restrepo finca vía san Nicolás	Casa de Paso
HOGAR DE PASO LA MALOKA S.A.S	TOLIMA RISARALDA META	3344660 3413007	Calle 19 No. 5-51	Casa de Paso
ANGELES AL LLAMADO ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	RISARALDA	3215268 3171211 3217552 3505588717	Carrera 19 No. 24-23 El vergel	Servicio de transporte asistencial básico y medicalizado.
FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.	TOLIMA	2655058	Calle 41 No.5-40	Consulta, interconsulta, servicio farmacéutico, diálisis y hemodiálisis.

1.7 ATENCIÓN DE URGENCIAS

TOLIMA NIVEL I URGENCIAS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE CHAPARRAL E.S.E.	TOLIMA	CHAPARRAL	2460333	CALLE 11 CARRERA 9 Y 10	Urgencias Triage (I, II, III, IV y V),
HOSPITAL SAN ROQUE DE COYAIMA E.S.E.	TOLIMA	COYAIMA	227810 2278014 2278127	CALLE 4 N° 2 - 05	Urgencias Triage (I, II, III), Remisión y transporte, laboratorios de nivel I de Atención hospitalarios, Hospitalización nivel I, imagenología procedimientos I Nivel, Programa y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido)
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ SEDE JORDÁN	TOLIMA	IBAGUÉ	2748906	Carrera 1a. No. 64-37	Urgencias Triage (I, II y III), Remisión y transporte, Hospitalización nivel I, medicamentos derivados del nivel I, Programa y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido, Demanda inducida). Urgencias en salud mental en la sede Ricaurte.
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ SEDE SAN FRANCISCO	TOLIMA	IBAGUÉ	2739595	Avenida 8 No. 24-01 B /El Carmen	
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ SEDE AMBALA	TOLIMA	IBAGUÉ	2750604	Carrera 21a No. 54a-04	
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ SEDE EL SALADO	TOLIMA	IBAGUÉ	2725244	Calle 146 No. 8-74 B/ El Salado	
UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ SEDE RICAURTE	TOLIMA	IBAGUÉ	2600452	Carrera 11B sur No. 17-30 Ricaurte	
HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.	TOLIMA	NATAGAIMA	2269013	Carrera 11 Calle 6	Urgencias Triage (I, II, III, IV y V), Remisión y transporte, laboratorios de nivel I de atención hospitalarios y de urgencias, imagenología, medicamentos hospitalarios y de urgencias, Programa y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido, Demanda inducida)
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E.	TOLIMA	ORTEGA	2258801 2258120	Calle 6 No. 3-25	Urgencias Triage (I, II, III, IV y V), Hospitalización de nivel I, medicamentos nivel I, hospitalarios y de urgencias, imagenología nivel I, Programa y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido, Demanda inducida)
HOSPITAL CENTRO DE PLANADAS E.S.E.	TOLIMA	PLANADAS	2265044 3174430876 3187169873	Calle 9 No. 5-30	Urgencias Triage (I al V), Consulta de medicina general, Remisión y transporte inter-institucional, Consulta, hospitalización, imagenología Programas de Promoción y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido, Demanda inducida)
HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E.	TOLIMA	RIOBLANCO	2256407 3132380768	Carrera 1 No. 3A-30 B/San José Parte Alta	Urgencias Triage (I al V), Consulta de medicina general, Remisión y transporte inter-institucional, Consulta y procedimientos de odontología general, Hospitalización de nivel, Programas de Promoción y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido, Demanda inducida)

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
HOSPITAL MISERICORDIA E.S.E.	TOLIMA	SAN ANTONIO	2253445 2253699	Calle 7 No. 8-61	Urgencias Triage (I, II y III), Remisión y transporte, medicamentos hospitalarios, Hospitalización de nivel I, Programas de Promoción y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido, Demanda inducida)

RISARALDA NIVEL I URGENCIAS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
ESE SALUD PEREIRA	RISARALDA	PEREIRA	3515252	Carrera 7 con calle 40	Urgencias Triage (I, II, III, IV y V), Consulta por medicina general Remisión y transporte, Odontología general, laboratorios de nivel I de atención, Programas de Promoción y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido, Demanda inducida)
HOSPITAL SANTA ANA E.S.E.	RISARALDA	GUATICA	3539093 3539196	Carrera 5 No. 14-58	Urgencias Triage (I, II, III, IV y V), Consulta por medicina general Remisión y transporte, Odontología general, laboratorios de nivel I de atención, Programas de Promoción y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido, Demanda inducida)
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E.	RISARALDA	MARSELLA	3685024 3685023	Carrera 14 No.16-20	Urgencias, Consulta de medicina general, hospitalización, Remisión y transporte, laboratorios de nivel I de Atención, Odontología general imagenología, Programas de Promoción y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido)
HOSPITAL SAN RAFAEL DE PUEBLO RICO	RISARALDA	PUEBLO RICO	3663307 3663235	Carrera 4 No. 9-45	Urgencias Triage (I, II, III, IV y V), Consulta por medicina general Remisión y transporte, Odontología general, laboratorios de nivel I de atención, Imagenología, Programas de Promoción y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido, Demanda inducida)
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO	RISARALDA	MISTRATO	3526032	Carrera 5 No. 8-36	Urgencias, Consulta de medicina general, hospitalización, Remisión y transporte, laboratorios de nivel I de Atención, Odontología general imagenología (oral) , Programas de Promoción y Prevención (Vacunación - Atención del Parto Atención al Recién Nacido)
HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHIA	RISARALDA	QUINCHIA	3563146 3563360	Carrera 9 No. 1-90	Urgencias, Consulta de medicina general, hospitalización, remisión y transporte, laboratorios de nivel I de Atención, Odontología general imagenología, Actividades del Programa y Prevención.)

META NIVEL I URGENCIAS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCIÓN SALUD	META	VILLAVICENCIO	018000 918 6636610220	Calle 37 No. 41-80 B/ Barzal Alto	Urgencias, hospitalización, Imagenología nivel I, Actividades del Programa y Prevención (Atención del Parto - Atención al Recién Nacido)

URGENCIAS MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD META Y HUILA

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	META	VILLAVICENCIO	6817901 6706172 6728937 018000930606	Calle 37A No. 28-53 B/ Barzal Alto	Urgencia, consulta externa especializada, laboratorio clínico patológico, unidad de cancerología, unidad de cuidado intermedio e intensivo neonatal, pediátrico y de adultos, unidad de salud mental, apoyo diagnóstico y terapéutico complementario.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.	META	GRANADA	6500505 6500515 6500520 018000965050	Calle 15 entre Carrera 2-4	Urgencias, hospitalización, medicina general, cirugía general, ginecología, pediatría, medicina interna, ortopedia, neurocirugía, servicios urología, apoyo diagnóstico, terapéutico, laboratorio clínico, imagenología, rayos X Doppler 2d y 3d, colposcopia, terapia respiratoria y física, unidad de cuidado intensivo; neonatal y adulto
E.S.E. HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	HUILA	NEIVA	8715907 8714415	Calle 9 No.15-25	Urgencias, consulta externa especializada, unidad de cuidado intermedio e intensivo neonatal, pediátrico y de adulto, apoyo diagnóstico y servicios complementarios terapéutico, unidad de salud mental, unidad de trasplante, unidad renal, unidad de cancerología, unidad cardiovascular, programa especial, imagenología, hospitalización, actividad de promoción y prevención (vacunación - Atención del parto - atención del recién nacido)

ATENCIÓN DE URGENCIAS BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
JUNICAL MEDICAL S.A.S..	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	8330190 8329630	Carrera 5 No.20A-37 Carrera 6 No. 20-115	Urgencia, consulta externa especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico, unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de cardiología, medicina nuclear, servicio de ambulancia, entre otros.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE					Urgencias, hospitalización, cirugía, consulta por odontología, medicina general y especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico complementario, laboratorio clínico. Unidad de cuidado intensivo, cuidado pediátrico, neonatal, unidad de cuidado intensivo para quemados (Simón Bolívar)
UNIDAD DE SERVICIOS USAQUEN	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	6583030	Carrera 6A No. 119B-14	
UNIDAD DE SERVICIOS CHAPINERO	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	3499080 018000114122	Calle 66 No.15-41	
UNIDAD DE SERVICIOS SUBA II NIVEL	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	6621111	Carrera 104 No.152C-50	
UNIDAD DE SERVICIOS DE ENGATIVA	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	2913300	Tranversal 100A No. 80A-50	
UNIDAD DE SERVICIOS SIMÓN BOLÍVAR	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	6767940 6770230	Calle 165 No. 7-06	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE					Urgencias, hospitalización, cirugía, consulta por odontología, medicina general y especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico complementario. laboratorio clínico.
UNIDAD DE SERVICIOS OCCIDENTE DE KENNEDY	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	4546800	Tranversal 74F No. 40B-54 sur	
UNIDAD DE SERVICIOS DEL SUR	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	4204967	Carrera 39 No. 14-44	
UNIDAD DE SERVICIOS BOSA	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	7758965	Calle 65D sur No. 79C-90	
UNIDAD DE SERVICIOS PABLO VI BOSA	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	7799800	Carrera 78 bis No. 69B-sur	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR					Urgencias, hospitalización, cirugía, consulta por odontología, medicina general especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico complementario, laboratorio clínico.
UNIDAD DE SERVICIOS DEL TUNAL	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	7428585	Carrera 20 No. 47B-35	
UNIDAD DE SERVICIOS DEL MEISSEN	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	7902651	Carrera 18B No. 60G-36 sur	
UNIDAD DE SERVICIOS TUNJUELITO	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	6053635	Avenida Caracas No. 51-21 sur	
UNIDAD DE SERVICIOS VISTA HERMOSA	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	7300000	Carrera 18C No.66A-55 sur	
UNIDAD DE SERVICIOS USME	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	7660666	Carrera 35 No. 35A-42 sur	

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE					Urgencias, hospitalización, cirugía, consulta odontológica, medicina general y especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico complementario, laboratorio clínico.
UNIDAD DE SERVICIOS SANTA CLARA	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	3283105	Carrera 14B No. 1-45 sur	
UNIDAD DE SERVICIOS SAN BLAS	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	2891100	Tranversal 5 este No.19-50 sur	
UNIDAD DE SERVICIOS SAN CRISTOBAL	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	2091480	Calle 21 sur No. 8A-58	
UNIDAD DE SERVICIOS PERSEVERANCIA	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	3444484	Diagonal 34 No. 5-43	
UNIDAD DE SERVICIOS RAFAEL URIBE	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	5966600	Carrera 12D No. 26A62 sur	Urgencias, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, banco de sangre, consulta externa especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico.
PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES LTDA. SUCURSAL HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA	CUNDINAMARCA	SOACHA	5922979 5753756 5753811	Carrera 1 este No. 31-58 Soacha	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDA FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA Y CENTROS DE SALUD ASOCIADOS	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	4077075	Carrera 8 No. 0-29 sur	Urgencias, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, banco de sangre, consulta externa especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico.

URGENCIAS DEPARTAMENTO DE RISARALDA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
HOSPITAL SANTA MONICA E.S.E.	RISARALDA	DOSQUEBRADAS	3302507 3302060 3116300304	Calle 18 No. 19-20	Urgencias, consulta externa especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico complementario, hospitalización, cirugía programadas.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA E.S.E.	RISARALDA	PEREIRA	3335428 3336459	Carrera 4 No. 24-88	Urgencias, servicios hospitalarios y ambulatorios, laboratorio clínico, especializado, laboratorio clínico, hospitalización, consulta externa e intrahospitalaria especializada, cirugía, apoyo diagnóstico, terapéutico complementario, unidad de cáncer, unidad de cuidado intermedio e intensivo; neonatal y de adulto.
HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	RISARALDA	LA VIRGINIA	3683685 3682271	Calle 13 No. 11-49 B/ Balsillas	Urgencias, servicios médicos asistenciales y hospitalarios de II y III, apoyo diagnóstico y terapéutico complementario.

URGENCIAS MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD IPS TOLIMA

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELEFONOS	DIRECCIÓN	SERVICIOS
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL	TOLIMA	ESPINAL	2482818 2482813	Calle 4 No. 6-29	Urgencias, hospitalización, cirugía, consulta externa especializada, laboratorio clínico, apoyo diagnóstico y terapéutico complementario.
CLÍNICA AVIDANTI IBAGUÉ	TOLIMA	IBAGUÉ	2756030	Avenida 19 Carrera 13 via Calambeo	Urgencias, consulta externa especializada, hospitalización, cirugía, hemodinámica, apoyo diagnóstico y terapéutico.
CLÍNICA TOLIMA S.A.	TOLIMA	IBAGUÉ	2708000 2708006	Carrera 1 No. 12-22B	Urgencias, hospitalización UCI adultos y neonatal, estancia en piso, consulta externa especializada, cirugía, apoyo diagnóstico y terapéutico.
HOSPITAL FEDERICO LLERAS	TOLIMA	IBAGUÉ	8671425	Sede la Francia Calle 33 No. 4a-50	Urgencias, hospitalización UCI adultos y neonatal, estancia en piso, consulta externa especializada, cirugía, apoyo diagnóstico y terapéutico.
CLINICA IBAGUÉ	TOLIMA	IBAGUÉ	2639374	Cra. 5 No. 12-15	Urgencias, hospitalización UCI adultos y neonatal, estancia en piso, consulta externa especializada, cirugía, apoyo diagnóstico y terapéutico.
HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE CHAPARRAL E.S.E.	TOLIMA	CHAPARRAL	2460333 2463580	Calle 11 Carrera 9 y 10	Urgencias triage (I, II, III, IV y V)
NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA	TOLIMA	PURIFICACIÓN	3182434216 3182097583	Carrera 9 Calle 7 Esquina Barrio Santa Barbara	Urgencias triage (I, II, III, IV y V), Hospitalización, laboratorios, ayudas diagnosticas, procedimientos generales, traslado ambulancias.

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

1.8 MECANISMOS DE ACCESO A SERVICIOS

URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

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

CONSULTA EXTERNA

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

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

MEDICAMENTOS

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

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

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

AUTORIZACIONES

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

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

OFICINAS DE ATENCIÓN PRESENCIAL Y PREFERENCIAL

La EPSI PIJAOS SALUD cuenta con oficinas para atención personalizada a los usuarios, y atención preferencial para la atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad; en las que pueden efectuar el trámite de autorización de servicios.

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

- Documento de Identidad.
- Orden médica y/o remisión vigente.

La respuesta se dará según el tiempo establecido en la normatividad vigente, cinco (5) días hábiles para servicios electivos y dos (2) días hábiles para servicios prioritarios.

CORREOS ELECTRÓNICOS

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

SEDE PRINCIPAL:

autorizaciones.tolima@pijaossalud.com.co
autorizaciones.portabilidad@pijaossalud.com.co
autorizaciones.contributivo@pijaossalud.com.co

SEDE META:

autorizaciones.meta@pijaossalud.com.co

SEDE RISARALDA:

autorizaciones.risaralda@pijaossalud.com.co

PREGUNTAS FRECUENTES:

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

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

SU CITA PUEDE SER CANCELADA LLAMANDO A LA IPS.

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

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

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

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

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

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

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

Si el profesional en salud le ordena un Servicio o tecnología no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud – PBS, este debe hacer uso de la plataforma MIPRES, la cual es una herramienta establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar los servicios complementarios y tecnologías en Salud que no se encuentran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud – PBS con cargo a la UPC. Por lo tanto, el profesional tratante deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos mínimos contemplados por la normatividad vigente.

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

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

Al momento en que el profesional de la salud realiza la prescripción de los servicios y/o tecnologías no incluidas en el PBSUPC, deberá entregarle al afiliado la Formula Medica o plan de manejo con un número de prescripción, sobre el cual la EPS le informará el respectivo direccionamiento a la red prestadora donde se le suministrará el servicio y/o la tecnología prescrita por el profesional tratante, la cual será entregada dentro de los 5 días siguientes de su prescripción.

En los casos en que se ordenen servicios y/o tecnologías complementarias, de soporte nutricional o medicamentos de la lista de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios – UNIRS, el profesional de la salud deberá consultar la pertinencia de su prescripción

a la Junta de Profesionales de la Salud de la IPS, quienes a su vez emitirán el concepto de la Junta, y deberán registrar la decisión en el módulo del aplicativo MIPRES dispuesto para tal fin.

Según la Resolución 2438 de 2018 los tiempos estipulados para el direccionamiento según el ámbito de prescripción son los siguientes:

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

Para las Tecnologías en salud No financiadas con recursos de UPC como medicamentos UNIRS, Servicios Complementarios o productos de Soporte Nutricional en el ámbito Ambulatorio que deban ser sometidos a Junta de Profesionales de salud se informa que los tiempos de decisión corresponden a:

- Si la prescripción se genera como ambulatoria priorizada, urgencias o en internación institucional o domiciliaria. Deberá pronunciarse en un término máximo de 72 horas siguientes a la solicitud del profesional de la salud.
- Si la prescripción se genera como ambulatoria no priorizada, deberá pronunciarse dentro de los 5 días calendario siguiente a la solicitud del profesional de la salud.

1.10 TRANSPORTE Y ESTADÍA

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

TRANSPORTE

Resolución 2481 de 2020. Artículo 121. Traslado de pacientes:

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

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

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

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

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

Para acceder a este servicio se debe solicitar a través del correo electrónico de referencia, puede comunicarse a la línea 018000186754 o acercarse a las oficinas de atención al usuario ubicadas en los diferentes municipios en donde tiene presencia la EPSI:

CORREO ELECTRONICO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SEDE PRINCIPAL:

referencia@pijaossalud.com.co

Resolución 2481 de 2020. Artículo 122. Transporte del paciente ambulatorio:

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

Para acceder a dicho servicio, debe realizar la solicitud en las oficinas de atención al usuario ubicadas en los diferentes municipios en donde tiene presencia la EPSI o enviando su solicitud al correo electrónico del área de atención al usuario de la EPSI:

CORREO ELECTRONICO SIAU SEDE PRINCIPAL:

siau.tolima@pijaossalud.com.co

Resolución 2481 de 2020. Artículo 123. Transporte de cadáveres:

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

ESTADIA

Pijaos Salud EPSI de acuerdo a su modelo de atención brinda la estadía en HOGARES DE PASO a pacientes que requieran atención en un lugar distante del municipio de residencia.

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

CORREO ELECTRONICO SEDE PRINCIPAL:

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

HOGAR DE PASO	CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONOS
ALVIHOUSE S.A.S.	IBAGUÉ	Calle 32 No. 4-50 Barrio La Francia	2776245 3002412176
FUNDACIÓN AYUDAME A AYUDAR HOY POR TI	GRANADA	Carrera 4A No. 14A Casa 11 B/ Villa Olímpica	3208183442
ITZAYANA S.A.S.	BOGOTÁ	Calle 12C No. 17 sur-98	3134562747 3202342655
	NEIVA	Calle 14 No.30-63	3134562747 3202342655
	IBAGUÉ	Calle 44 Bis No.2-62 B/ Piedra Pintada Baja	3134562747 3202342655
	VILLAVICENCIO	Vereda vanguardia vía antigua San Nicolás	3134562747 3202342655
CASA DE PASO PEREIRA	PEREIRA	Cra. 7 No. 43-30	3448474

1.11 MUERTE DIGNA

DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE

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

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

2. CAPITULO DE DERECHOS

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

2.1 ATENCIÓN MÉDICA ACCESIBLE, IDÓNEA, DE CALIDAD Y EFICAZ

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.9 Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad, aun ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.

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

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

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

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

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

2.2 PROTECCIÓN A LA DIGNIDAD HUMANA

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

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

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

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

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

2.3 A LA INFORMACIÓN

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

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

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

2.3.4 Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada, en los casos de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en las circunstancias despenalizadas por la Corte Constitucional, o de eutanasia; tal objeción, en caso de existir, debe estar en conocimiento de la IPS, con la debida antelación, y por escrito, de parte del médico tratante. El paciente tiene derecho a que sea gestionada la continuidad de la atención inmediata y eficaz con un profesional no objetor.

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

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

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

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

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

2.4 A LA AUTODETERMINACIÓN, CONSENTIMIENTO Y LIBRE ESCOGENCIA

2.4.1 Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las EPS no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.

2.4.2 Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad.

2.4.3 A suscribir un documento de voluntad anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.

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

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

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

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

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

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

2.5 A LA CONFIDENCIALIDAD

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

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

2.6 A LA ASISTENCIA RELIGIOSA

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



3. CAPÍTULO DE DEBERES

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

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

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

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

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

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

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

3.8 Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio de salud, incluyendo los documentos de voluntad anticipada.

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

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

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

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

PAGINA WEB:
www.pijaossalud.com

LÍNEA NACIONAL:
018000186754

CELULARES:
3102133504 - 3134200872

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

E-MAIL:
referencia@pijaossalud.com.co

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

Además, contamos con 21 oficinas de atención al usuario en el país, estas se encuentran ubicadas en cada uno de los municipios de influencia de la EPSI:

TOLIMA		
MUNICIPIO	DIRECCION	TELEFONO
ATACO	CRA 5N° 4 - 52	3147602166
CHAPARRAL	CRA 10 NO. 9-21	3147598366
COYAIMA	CRA 6 N° 4 - 47 BARRIO LA LOMA	3172921626
GAITANIA	DIAG.COLEGIO SAN ANTONIO	3147599644
HERRERA	CALLE 3 PRINCIPAL	3147600946
IBAGUÉ	CRA 8A N° 16 - 85 B/ Interlaken	2809090 - 2809091 018000186754
NATAGAIMA	CALLE 5 N° 4 - 40 CENTRO	3232325943
ORTEGA	CRA 4 N° 3 - 55 BARRIO PRADO	3147595879
PLANADAS	CRA 5 N° 9 - 24	3147598410
PRADO	Cra. 6 No. 12-13 B/ El Comercio	3147603403
PURIFICACION	CRA 9 N° 9 - 04	3147604700
RIOBLANCO	CRA 3 N° 3 - 04	3147599665
SALDAÑA	CALLE 11 N° 90 - 77	3147603470
SAN ANTONIO	CALLE 6 N° 3 - 55 - 57	3147598402

RISARALDA		
GUATICA	CRA 5 N° 11 - 76	3147605974
MARSELLA	CALLE 5 N° 1 Y 2 N° 8 - 36	3147605982
MISTRATO	Cra. 6 No. 5-38 Sector canalizado Queb. Arrayanal local 9	3147605958
PEREIRA	CALLE 24 N° 4 - 17	3455547 - 3455788 3212361798
PUEBLO RICO	CALLE 4 N° 4 - 52	3147605936
QUINCHIA	CRA 6 N° 4 - 29	3147604717

META		
PUERTO GAITAN	Calle 9 No. 7-56	3147605997 3147607221
VILLAVICENCIO	Calle 12 No. 25A-02 B/ Cooperativo	3118551822

4.2 GARANTÍA DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS AUTORIZADOS

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

4.3 ACUDIR A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

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

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

LIBRE ELECCION DE IPS

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

TRASLADO DE EPS

¿CÓMO AFILIARME AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LA EPSI?

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

AFILIACIONES Y TRASLADOS COLECTIVOS

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

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

AFILIACIONES Y TRASLADOS INDIVIDUALES

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

- Diligenciar el formulario único de afiliación, novedades y traslados estipulado en la resolución 974 de 2016.
- Anexar copia del documento de identidad y de los integrantes del núcleo familiar.
- Por parte de la EPSI se realizará la explicación al afiliado de sus deberes, derechos, red de servicios y se entregará la carta de derechos, deberes y desempeño de la EPSI.
- Adicionalmente se podrá realizar el proceso de afiliación y traslados a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), ingresando por la dirección <https://misescuridadsocial.gov.co>, donde se realizara la creación de un usuario y los demás pasos ahí descritos:

- **CREACIÓN DE USUARIO:**

<https://www.youtube.com/watch?v=YeFYsAJvg5c>

- **TRASLADO POR SAT**

<https://www.youtube.com/watch?v=8JH76MYWtvM>

PORTABILIDAD

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

- **Ocasional:** No mayor a un mes, no se necesita informar a la EPSI se garantizan servicios de urgencias y servicios adicionales que se requieran con cargo a la EPSI.
- **Temporal:** Superior a un mes e inferior a 12 meses, afiliado informa a la EPSI a través de medios físicos o digitales

(página web / correo electrónico) del cambio de Municipio y la EPSI en un término de 10 días hábiles informa al usuario sobre la IPS que garantizara sus servicios de salud.

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

Puede reportar la portabilidad a través del enlace:

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

MOVILIDAD

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

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

Puede reportar la movilidad a través del enlace:

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

AFILIACIÓN RECIÉN NACIDOS

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

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

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

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

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	PAGINA WEB
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	Carrera 68A N°. 24B - 10, Torre 3, Piso 4, 9 y 10 Edificio Plaza Claro - Bogotá, Colombia	PBX: (57) (1) 744 2000 Línea Gratuita Nacional: 01 8000 513 700 Fax: (57) (1) 744 2000 opción 4	https://www.supersalud.gov.co/es-co
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	Carrera 13 No. 32-76 piso 1 - Bogotá, Colombia	Conmutador: +57(1) 330 5000 - Central de fax: +57(1) 330 5050	https://www.minsalud.gov.co/
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	Carrera 69 No 44 - 35 - Bogotá, Colombia	PBX:(57) 518 7000 FAX:(57) 518 7001	https://www.contraloria.gov.co/
PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION	Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia	PBX: +57 1 587 8750, línea gratuita nacional: 01 8000 940 808	https://www.procuraduria.gov.co/portal/
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA	Cra. 3a Cll 10, Piso 6 - Ibagué, Tolima	(57-8) 2611111 2637475 Atención 24 horas FAX: (57-8) 2636508	http://www.saludtolima.gov.co/
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE RISARALDA	Calle 19 No 13-17 - Pereira, Risaralda	Línea Transparencia: 018000-916078 Líneas Locales: (57) (6) 3398300	https://www.risaralda.gov.co/salud/
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL META	Calle 37 Numero 41-80 Barzal Villavicencio	Teléfono: 6610555, 6620157, 6620140, 6620129 Línea de atención gratuita: 018000187408	http://www.saludmeta.gov.co/
DEFENSORIA DEL PUEBLO	Cra. 9 No 16-21- Bogotá	Teléfono PBX: (57) (1) 314 73 00	https://www.defensoria.gov.co/

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

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

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

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

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

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

- Página Web: <https://www.pijaossalud.com/>
- Línea de atención nacional: 01 8000 186 754
- Líneas telefónicas de nuestras oficinas municipales
- Atenciones personalizadas en los puntos de atención al usuario informadas en la página 56.
- Asociación de Usuarios conformadas y que puede consultar en el link de nuestra página web: <https://www.pijaossalud.com/asociacion-de-usuarios-3/>

4.7 USO DE MECANISMOS DE PROTECCIÓN

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

a.) Presentar **DERECHOS DE PETICIÓN** en los términos de la Ley 1755 de 2015, incorporada a la Ley 1437 de 2011, o a la norma que la sustituya, tanto a la EPS como a la IPS y a las demás entidades del sector salud. Este derecho incluye el de pedir información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo.

b.) El derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formule cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable de acuerdo con lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1º de la Ley 1755 de 2015.

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



5. CAPITULO DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE

5.1 GENERALIDADES

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

5.1.1 GLOSARIO

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

b. Cuidado paliativo: cuidados apropiados para el paciente con una

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

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

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

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

e. Enfermedad Incurable avanzada: aquella enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evolucionara hacia la muerte a mediano plazo.

f. Enfermedad terminal: enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de

posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico – psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior seis (6) meses.

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

5.1.2 PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

Pijaos Salud EPSI informa a sus afiliados el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad para mayores de edad a través de la eutanasia, establecido en la Resolución 1216 de 2015 a continuación:

CAPÍTULO III PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

Artículo 15. De la solicitud del derecho fundamental a morir con dignidad. La persona mayor de edad que considere que se encuentra en las condiciones previstas en la sentencia T-970 de 2014 podrá solicitar el procedimiento a morir con dignidad ante su médico tratante quien valorará la condición de enfermedad terminal.

El consentimiento debe ser expresado de manera libre, informada e inequívoca para que se aplique el procedimiento para garantizar su derecho a morir con dignidad. El consentimiento puede ser previo a la enfermedad terminal cuando el paciente haya manifestado, antes de la misma, su voluntad en tal sentido. Los documentos de voluntades anticipadas o

testamento vital, para el caso en particular, se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento y deberán ser respetadas como tales.

En caso de que la persona mayor de edad se encuentre en incapacidad legal o bajo la existencia de circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, dicha solicitud podrá ser presentada por quienes estén legitimados para dar el consentimiento sustituto, siempre y cuando la voluntad del paciente haya sido expresada previamente mediante un documento de voluntad anticipada o testamento vital y requiriéndose, por parte de los familiares, que igualmente se deje constancia escrita de tal voluntad.

Parágrafo. Al momento de recibir la solicitud, el médico tratante deberá reiterar o poner en conocimiento del paciente y/o sus familiares el derecho que tiene a recibir cuidados paliativos como tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, según lo contemplado en la ley 1733 de 2014.

Artículo 16. Del trámite de la solicitud del derecho fundamental a morir con dignidad. Establecida la condición de enfermedad terminal y la capacidad del paciente, el médico tratante, con la documentación respectiva, convocará, de manera inmediata, al respectivo Comité. El Comité, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la solicitud, deberá verificar la existencia de los presupuestos contenidos en la sentencia T-970 de 2014 para adelantar el procedimiento y, si estos se cumplen, preguntará al paciente, si reitera su decisión.

En el evento de que el paciente reitera su decisión, el Comité autorizará el procedimiento y éste será programado en la fecha que el paciente indique o, en su defecto, en un máximo de quince (15) días calendario después de reiterada su decisión. Este procedimiento tiene carácter gratuito y, en consecuencia, no podrá ser facturado.

De dicho procedimiento se dejará constancia en la historia clínica del paciente y esta documentación será remitida al Comité. El Comité, a su vez, deberá enviar un documento al Ministerio de Salud y Protección Social reportando todos los hechos y condiciones que rodearon el procedimiento a fin de que el mismo realice un control exhaustivo sobre el asunto.

Artículo 17. Desistimiento de la solicitud para morir con dignidad. En cualquier momento del proceso el paciente o, en caso de consentimiento sustituto, quienes estén legitimados para tomar la decisión, podrán desistir de la misma y optar por otras alternativas.

Artículo 18. De la eventual presentación de la objeción de conciencia. La objeción de conciencia sólo es predicable de los médicos encargados de intervenir en el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. En el evento que el médico que va a practicar el procedimiento formule tal objeción, por escrito y debidamente motivada, el Comité ordenará a la IPS para que, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a que se presente de la objeción, reasigne a otro médico que lo realice.

De igual manera, se informa a continuación el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia de adolescentes y excepcionalmente de niños y niñas, según lo establecido en la Resolución 825 de 2018 o las normas que la modifique o sustituyan, a continuación:

CAPÍTULO III PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD A TRAVÉS DE LA EUTANASIA DE ADOLESCENTES Y EXCEPCIONALMENTE DE NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 Y 12 AÑOS

Artículo 7. Criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia para los casos del niño, niña o adolescente. El derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes deberá garantizarse teniendo en cuenta los siguientes criterios:

7.1 Prevalencia del cuidado paliativo.

7.2 Prevalencia de la autonomía del paciente.

7.3 Celeridad. Las personas que participen en el procedimiento de morir con dignidad a través de la eutanasia, lo impulsarán oficiosamente y evitarán dilaciones y barreras en el mismo.

7.4 Oportunidad. Implica que la voluntad del sujeto sea cumplida a tiempo.

7.5 Imparcialidad. Las personas deberán actuar teniendo en cuenta la finalidad del procedimiento de eutanasia tendiente a garantizar una decisión producto del desarrollo de la autonomía de la voluntad del niño, niña o adolescente sin discriminaciones. En consecuencia, no podrán argüir cualquier clase de motivación subjetiva, sin perjuicio de la objeción de conciencia.

Artículo 8. De la solicitud para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad a través de la eutanasia de adolescentes. Todo adolescente que tenga una enfermedad o condición en fase terminal y que presente sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado, podrá solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico como parte de su derecho a morir con dignidad.

Una vez recibida la solicitud, el médico tratante tendrá la obligación de:

8.1 Informar de dicha solicitud a quien ejerza la patria potestad del adolescente y reiterar o poner en su conocimiento y del paciente, el derecho que tiene a recibir cuidados paliativos pediátricos, de acuerdo con la definición establecida en la presente resolución y en el marco de la Ley 1733 de 2014, así como informar del derecho a desistir en cualquier momento de la solicitud.

8.2 Evaluar si el paciente se beneficia de la readecuación del esfuerzo terapéutico o de nuevos objetivos de cuidado y alivio sintomático, y ponerlas en práctica sin perjuicio de la solicitud.

8.3 Valorar directamente al paciente y convocar al equipo interdisciplinario pertinente de la IPS, con el propósito de:

8.3.1 Establecer que la enfermedad o condición del adolescente se encuentra en fase terminal.

8.3.2 Evaluar la concurrencia de las aptitudes del adolescente para la toma de decisiones en el ámbito médico e identificar y proveer los apoyos y ajustes razonables al adolescente que los requiera para comunicar su decisión.

8.3.3 Identificar el concepto de muerte según edad evolutiva. Se debe hacer énfasis en el concepto personal del adolescente frente a la muerte en su situación particular.

8.4 Valorar la manifestación de sufrimiento del adolescente y verificar que haya sido atendido apropiadamente y que, a pesar de ello, persista como constante e insoportable.

8.5 Valorar la condición psicológica y emocional y la competencia para concurrir de quien ejerza la patria potestad del adolescente. Debe descartarse, en todos los casos, la presencia del síndrome de cuidador cansado, así como la presencia de posibles conflictos de intereses o

ganancias secundarias de quien ejerza la patria potestad.

8.6 Registrar en la historia clínica, de forma clara y concisa la descripción de sufrimiento constante e insoportable que lleva a la solicitud, de acuerdo con la expresión del solicitante e incluyendo la percepción del médico tratante, las interconsultas o valoraciones realizadas.

8.7 Informar al adolescente y a quien ejerza la patria potestad sobre la necesidad de suscribir un documento donde se registre la solicitud elevada por el adolescente, en concurrencia con quien ejerza la patria potestad, si corresponde, que pueda ser presentado al Comité de qué trata el Capítulo IV de la presente resolución, en adelante el Comité.

8.8 Valorar si la primera solicitud se mantiene al momento de llevar la petición ante el Comité. La reiteración puede darse durante las diferentes valoraciones del paciente en su proceso de atención y debe quedar registrada en la historia clínica por parte del profesional de la salud que la haya recibido.

Una vez recibida la solicitud, el médico y el equipo interdisciplinario tratante tendrán quince (15) días calendario para cumplir con lo previsto en el presente artículo.

Parágrafo 1. La solicitud realizada por el adolescente deberá ser expresada directamente de manera libre, informada e inequívoca.

Parágrafo 2. En el evento que el adolescente no supiere o pudiere suscribir la solicitud, esta se hará a ruego ante dos testigos imprimiéndose la huella dactilar o plantar del otorgante, acorde con lo previsto en el artículo 826 del Decreto 410 de 1971. Igualmente, previa valoración de la capacidad, se tendrán como válidas las manifestaciones de voluntad de los adolescentes a través de grabaciones magnetofónicas, videograbaciones o mediante el empleo de otros medios tecnológicos en los términos del artículo 243 de la Ley 1564 de 2012.

Parágrafo 3. En caso de presentarse controversia sobre las condiciones de fase terminal o de la competencia y del concepto evolutivo de muerte, se podrá pedir una segunda opinión o el concepto de un grupo con experticia específica en la valoración que requiere la segunda opinión.

Artículo 9. De la solicitud para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad a través de la eutanasia para los casos de niños y niñas en el rango de edad de los 6 a 12 años. Un niño o niña en el rango de edad de los 6 a 12 años que tenga una enfermedad o condición en fase terminal y que presente sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado, podrá solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico como parte de su derecho a morir con dignidad. Una vez realizadas las valoraciones pertinentes, el médico y equipo tratante podrán excepcionalmente elevar la petición ante el comité si se cumple lo previsto en el parágrafo del artículo 3.

En consecuencia, una vez expresada la solicitud, el médico tratante, en forma previa a cualquier otro tipo de evaluación, deberá:

9.1 Evaluar si el paciente se beneficia de la readecuación del esfuerzo terapéutico o de nuevos objetivos de cuidado y alivio sintomático y ponerlas en práctica sin perjuicio de la solicitud.

9.2 Revisar si la solicitud fue expresada de forma explícita y nunca bajo sugerencia, inducción o coacción, para que pueda ser considerada como voluntaria y libre.

9.3 Una vez considerada la solicitud de carácter voluntario y libre, el médico tratante solicitará una valoración de psiquiatría infantil para realizar una evaluación exhaustiva que permita (i) la identificación de un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional, y (ii) la constatación de un concepto de muerte propia como irreversible e inexorable. El cumplimiento de lo anterior

garantiza que la manifestación de voluntad sea informada e inequívoca.

Tras la elaboración de un concepto confirmando que la solicitud puede considerarse voluntaria, libre, informada e inequívoca, se continuará con el cumplimiento del procedimiento descrito en el artículo 8 de la presente resolución. Con el inicio del proceso contemplado en el artículo 8 de la presente resolución, el médico y el equipo interdisciplinario tratante tendrán quince (15) días calendario para cumplir con lo previsto en dicho artículo.

Artículo 10. Concurrencia para la solicitud del procedimiento eutanásico. La concurrencia para solicitar la aplicación del procedimiento eutanásico con quien ejerza la patria potestad del niño, niña o adolescente se regirá por el interés superior del menor, de la siguiente forma:

10.1 De los 6 años hasta los 14 años, es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del niño, niña o adolescente.

10.2 De los 14 a los 17 años de edad no es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerza la patria potestad del adolescente. Siempre se informará a quien la ejerza sobre la decisión adoptada por el paciente.

La concurrencia se podrá expresar válidamente, siempre que se haya superado la evaluación relacionada con las condiciones psicológicas, emocionales y de competencia de que trata el numeral 8.5 del artículo 8 de la presente resolución

Parágrafo. Para los casos establecidos en la presente resolución, aplican las disposiciones contenidas en los artículos 310 y 315 del Código Civil relacionadas con la patria potestad.

Artículo 11. Consentimiento sustituto del niño, niña o adolescente. Para efectos de la presente resolución, entiéndase como consentimiento sustituto aquel expresado por quien ejerza la patria

potestad de los niños, niñas o adolescentes que habiendo manifestado su voluntad, de acuerdo con los presupuestos establecidos por el artículo 8 (para mayores de 12 años) y artículos 8 y 9 de la presente resolución (para los casos excepcionales del rango de edad de los 6 a los 12 años), se encuentran en imposibilidad para reiterarlo.

No podrán sustituir el consentimiento del niño, niña o adolescente quienes tengan representaciones legales diferentes a la patria potestad.

Artículo 12. Presentación de la petición ante el Comité. Una vez establecido el cumplimiento de los requisitos señalados en los artículos 8 y 9 de la presente resolución, el médico tratante presentará el caso ante el Comité que tiene a cargo el paciente y adjuntará copia de la historia clínica, del documento de formalización de que trata el numeral 8.6 del artículo 8 de este acto administrativo y todos aquellos documentos que considere pertinentes para sustentar la solicitud.

El Comité, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la petición, analizará y verificará el cumplimiento de los requisitos e informará al médico tratante sobre el concepto emitido.

Artículo 13. Deber de informar al paciente. Una vez notificado el cumplimiento de los requisitos por parte del Comité, el médico tratante informará al niño, niña o adolescente y a quien ejerza su patria potestad, el sentido del concepto emitido en relación con la realización del procedimiento eutanásico.

Artículo 14. Programación del procedimiento eutanásico. Una vez notificado por el Comité el concepto favorable del procedimiento eutanásico. Este se realizará en la fecha concertada con el niño, niña o adolescente.

Artículo 15. Desistimiento de la solicitud de eutanasia. Es deber del médico informar del derecho al

desistimiento desde la primera expresión de solicitud. En cualquier momento del trámite, tanto de la solicitud como de la petición, durante la evaluación realizada por el Comité y con posterioridad a esta hasta el momento de la práctica del procedimiento eutanásico, el niño, niña o adolescente P9.drá desistir de continuar con el trámite y optar por otras alternativas, para lo cual siempre se ofertará y garantizará la atención por cuidados paliativos.

El desistimiento es exclusivo del niño, niña o adolescente.

Artículo 16. Gratuidad. Sin perjuicio del cobro de las atenciones derivadas o vinculadas a la evaluación de la solicitud, del cuidado o atención debida y de la conformación del Comité o el procedimiento eutanásico propiamente dicho tiene carácter gratuito y, en consecuencia, no será objeto de cobro de copagos o cuotas moderadoras.

5.2 DERECHOS DEL PACIENTE EN LO CONCERNIENTE A MORIR DIGNAMENTE

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

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

5.2.2 Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas, que puedan

generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.

5.2.3 Recibir toda la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y oportuno con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal.

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

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

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

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

5.2.8 Solicitar que sean readecuados los esfuerzos terapéuticos al final de la vida en consonancia con su derecho a morir con dignidad permitiendo una muerte oportuna.

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

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

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

5.2.12 Que se mantenga la intimidad y la confidencialidad de su nombre y el de su familia limitando la publicación de todo tipo de información que fuera del dominio público y que pudiera identificarlos, sin perjuicio de las excepciones legales.

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

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

5.2.15 Ser informado sobre la existencia de objeción de conciencia del médico tratante o quien haya sido designado para la realización del procedimiento eutanásico, en caso de que existiera, para evitar que los profesionales de la salud sobrepongan sus posiciones personales ya sean de contenido ético, moral o religioso y que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.

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

5.2.17 Recibir ayuda o el apoyo psicológico, médico y social para el paciente y su familia, que permita un proceso de duelo apropiado. La atención y su acompañamiento no debe ser esporádica, sino que tendrá que ser constante, antes, durante y después de las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.

5.2.18 Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada, según lo establecido en la Resolución 2665 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya donde exprese sus preferencias al final de la vida y de indicaciones concretas sobre su cuidado, el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales o de la posibilidad de revocarlo, sustituirlo o modificarlo.

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

5.2.20 Ser respetado por los profesionales de la salud y demás instancias que participen en la atención respecto de la voluntad anticipada que haya suscrito como un ejercicio de su autonomía y a que estas instancias sean tenidas en cuenta para la toma de decisiones sobre la atención y cuidados de la persona; lo anterior, sin desconocer la buena práctica médica.

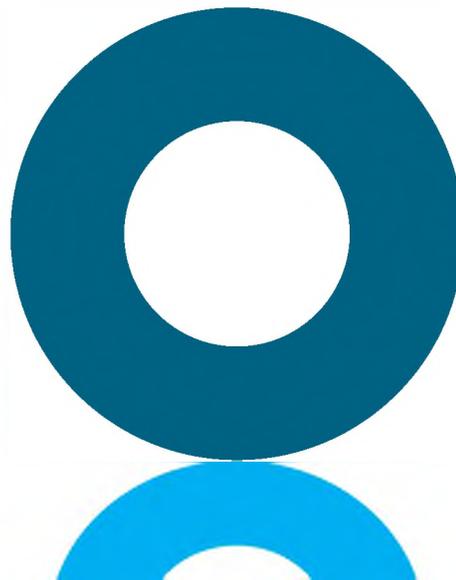
5.2.21 Expresar sus preferencias sobre el sitio de donde desea fallecer y a que sea respetada su voluntad sobre los ritos espirituales que haya solicitado.

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

5.3 DEBERES DEL PACIENTE EN LO CONCERNIENTE A MORIR DIGNAMENTE

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

5.3.2 Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información, que se requiera para efectos de valorar la condición de enfermedad incurable avanzada o terminal para ofrecer la atención de forma proporcional y racional, frente a los recursos del sistema.





CARTA DE DESEMPEÑO

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

1. INDICADORES DE CALIDAD DE LA EPS

A continuación, presentamos el resultado de la última publicación realizada por Ministerio de Salud y Protección Social, relacionada con los indicadores de la Resolución 0256 de 2016, para EPS correspondientes a los dominios de Efectividad, Gestión del Riesgo y Experiencia en la Atención en comparación con la media nacional, información que se mantendrá actualizada permanentemente toda vez que se disponga de los datos pertinentes. La información respectiva a este ítem puede ser ampliada por nuestros afiliados en el portal web del Ministerio de Salud y la Protección Social / Observatorio Nacional de Calidad a través del enlace:

<http://rsvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx>

Donde podrán consultar la información para total país.

INDICADOR	NIVEL DE DESAGREGACION	UNIDAD DE MEDIDA	AÑO/ULTIMO REPORTE PUBLICADO	RESULTADO	MEDIA NACIONAL	OBSERVACION
CAPTACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) DE PERSONAS DE 18 A 69 AÑOS	NACIONAL	PORCENTAJE	2017	19,88	37,3	Expresa la relación de casos captados con respecto a los casos esperados con diagnóstico de hipertensión arterial en personas de 18 a 60 años de edad. Teniendo en cuenta el indicador significa que en promedio en el País se logran identificar y captar el 37,3 % de los pacientes con hipertensión arterial para su consecuente estudio y manejo, mientras que nuestra EPS ha logrado identificar y captar el 19,88% de los usuarios susceptibles de padecer HTA.
TIEMPO PROMEDIO ENTRE LA REMISIÓN DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE CÁNCER DE MAMA Y LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA DE CASOS INCIDENTES	NACIONAL	DÍAS	2017	17,44	57,51	Expresa el tiempo de remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes. Teniendo en cuenta el indicador significa que en promedio en el País transcurren 57,51 días entre la remisión de pacientes que se presume padecen de cáncer de mama y la confirmación efectiva de que lo padecen, mientras que en Pijaos Salud Eps Indígena este tiempo es de 17,44 días.
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL	NACIONAL	DÍAS	2020 - 12	0,76	3,88	Expresa los días que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha para la cual se asigna. Teniendo en cuenta el indicador significa que en promedio todas las EPS del País asignan una cita de medicina general en 3,88 días mientras que nuestra EPS la asigna en 0,76 días.
PROPORCIÓN GLOBAL DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE EPS	NACIONAL	PORCENTAJE	2020 - 12	99,94	71,05	Expresa la proporción de usuarios satisfechos en el año 2020 con los servicios recibidos en la EPS. Significa que la EPSI cuenta con una satisfacción del 99,94% mientras que las otras EPS 71,05%.

Fuente: Observatorio de Calidad en Salud <http://rsvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx> (media nacional); Los valores de la media nacional corresponden a los valores del publicados con corte a marzo 2021 MINSALUD en el Observatorio de Calidad en Salud. (fecha de revisión 19-03-2021).

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

Corresponde al resultado de los indicadores de calidad del total país, de las instituciones que hacen parte de la red de prestadores de servicios de salud de las entidades promotoras de salud: La información respectiva a este ítem puede ser ampliada por nuestros afiliados en el portal web del Ministerio de Salud y la Protección Social / Observatorio Nacional de Calidad a través del enlace: <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx> donde podrán consultar la información para total país.

	INDICADOR	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	AÑO/ SEMESTRE DEL ÚLTIMO REPORTE PUBLICADO	RESULTADO	MEDIA NACIONAL	OBSERVACION
EXPERIENCIA EN LA ATENCION	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE GINECOLOGÍA	NACIONAL	DÍAS	2020-12	4,68	8,54	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de ginecología en 8,54 días mientras que nuestra Red la asigna en 4,68 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL	NACIONAL	DÍAS	2020-12	0,76	3,88	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de medicina general en 3,88 días mientras que nuestra Red la asigna en 0,76 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA	NACIONAL	DÍAS	2020-12	6,76	9,67	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignan una cita de medicina interna en 9,67 días mientras que nuestra Red la asigna en 6,76 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	NACIONAL	DÍAS	2020-12	0,64	4,12	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignan una cita de odontología general en 4,12 días mientras que nuestra Red la asigna en 0,64 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA	NACIONAL	DÍAS	2020-12	4,48	8,76	Indicadores de oportunidad en la asignación de citas, correspondientes a los días que transcurren entre la fecha de la cita y la fecha para la cual se asigna. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignan una cita de pediatría en 8,76 días mientras que nuestra Red la asigna en 4,48 días.
	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE 2 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	NACIONAL	MINUTOS	2020-12	22,31	20,94	Indicador del tiempo que transcurre entre la solicitud del servicio de urgencias triage II y la atención de manera efectiva en el usuario. Esto significa que en promedio en todas las IPS del país un paciente que requiera atención médica urgente porque puede evolucionar a un mayor deterioro debe esperar 20,94 minutos para su atención y en nuestra red de IPS en promedio debe esperar 22,31 minutos.
	PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA	NACIONAL	PORCENTAJE	2020-09	0,37	1,49	Porcentaje de cirugías ambulatorias canceladas en un semestre, por causas atribuibles a la IPS. Este indicador trata sobre las cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causas atribuibles a las IPS. Del total de cirugías programadas por nuestra red de prestadores se cancelan el 0,37%, mientras que en promedio en el país se cancelan el 1,49% de las cirugías programadas.

Fuente: Observatorio de Calidad en Salud <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx> (media nacional); Los valores de la media nacional corresponden a los valores del publicados con corte a marzo 2021 MINSALUD en el Observatorio de Calidad en Salud. (fecha de revisión 19-03-2021).

3. POSICIÓN EN EL ORDENAMIENTO (RANKING)

En cumplimiento de la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y del Auto 260 del 16 de noviembre de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud desarrollaron un instrumento para informar el ordenamiento de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo, subsidiado y de la EPS Indígenas, la información que se presenta a continuación corresponde al último reporte del "Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2018" del 21 de Marzo de 2018 , en donde se evidencia el Ranking de EPS indígenas, a información respectiva a este ítem puede ser ampliada por nuestros afiliados en el portal web del Ministerio de Salud y la Protección Social / Observatorio Nacional de Calidad a través del enlace:

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

RANKING EPS INDIGENAS					
CODIGO	NOMBRE	RANKING TOTAL 2018	DIMENSION OPORTUNIDAD	DIMENSION SATISFACCION	DIMENSION TRAMITES
EPSI01	DUSAKAWI A..R.S.I	1 ▲(1)	3 ▼(1)	2 ▲(2)	1
EPSI04	ANAS WAYUU EPSI	2 ▲(2)	4 ▲(2)	1 -	2
EPSI05	MALLAMAS EPSI	3 ▲(3)	1 ▲(3)	4 ▲(2)	3
EPSI03	ASOC. INDIGENA DEL CAUCA	4 ▼(3)	2 ▼(1)	3 ▼(1)	4
EPSI06	PIJAOS SALUD EPSI	5 ▼(2)	5 ▼(2)	5 ▼(2)	5

Diferencias de posiciones en el Ranking Total son estadísticamente significativas. La comparabilidad de los resultados de la dimensión de oportunidad entre 2018 y 2017 son limitados debido a la inclusión de indicadores de disponibilidad de agenda. Dado que la dimensión de trámites es nueva no se comparan los resultados con el año anterior.

Fuente:

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

4. ACREDITACIÓN

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

IPS	CIUDAD	DIRECCION	TELEFONO	SERVICIOS
INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT	BOGOTA D.C	CRA 4 ESTE N° 17-50	3534000	SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS, CONSULTAS DE ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS, CIRUGÍAS PEDIÁTRICAS EN ESPECIALIDADES COMO: ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, NEUROCIRUGÍA, EPILEPSIA, ENTRE OTRAS; SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y DEMÁS SEGÚN PORTAFOLIO CONTRATADO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	BOGOTA D.C	CRA 8 N° 10-29 SUR	4077075	SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS CON ESPECIALISTAS Y SUB ESPECIALISTAS, CIRUGÍAS PEDIÁTRICAS EN ESPECIAL ORTOPEDIA, MAXILOFACIAL, NEUROCIRUGÍA, EPILEPSIA, ENTRE OTRAS: SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y DEMÁS PORTAFOLIO CONTRATADO.
SUB RED SUR UNIDAD DE SERVICIOS NAZARETH NIVEL 1	BOGOTA D.C	CALLE 3 N°	3219007789	URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA, CONSULTA POR ODONTOLOGÍA, MEDICINA ESPECIALIZADA, APOYO TERAPÉUTICO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO, LABORATORIO CLÍNICO.
SUB RED SUR OCCIDENTE, UNIDAD DE SEFRVICIOS PABLO VI DE BOSA.	BOGOTA D.C	CRA 78 A BIS N° 69B- SUR	7799800	URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA, CONSULTA POR ODONTOLOGÍA, MEDICINA GENERAL ESPECIALIZADA, APOYO TERAPÉUTICO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTARIO, LABORATORIO CLÍNICO.
MEDICINA INTENSIVA DEL TOLIMA	HONDA	CALLE 9 N° 22A-193	2517771 2515771	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO, INTENSIVO ADULTO, TRANSPORTE ASISTENCIAL, MEDICINA NUCLEAR-NO ONCOLÓGICA.

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



5. COMPORTAMIENTO COMO PAGADOR DE SERVICIOS

A continuación, se relacionan los indicadores del año 2020 respecto a la capacidad de pago a la red prestadora y la liquidez de PIJAOS SALUD EPSI.

GRUPO	CONCEPTO	PIJAOS SALUD EPSI06 AÑO 2020	PIJAOS SALUD EPSI06 AÑO 2019	EXPLICACIONES
AFILIADOS	Afiliados BDUA	91.704	87345	Corresponde a la población aliada de PIJAOS SALUD EPSI
FINANCIERO	Deudores / Activo total	26%	45%	Representa el porcentaje de las cuentas por cobrar que tiene la entidad en proporción al total del activo.
	Deudores / Activo corriente	95%	67%	Representa el porcentaje de las cuentas por cobrar que tiene la entidad en proporción al activo exigible menor a un año.
	Liquidez	23%	21%	Indica la capacidad que tiene Pijaos Salud EPSI para cumplir con sus pasivos a corto plazo
	Capital de Trabajo	-77%	-79%	Indica el porcentaje que le queda a Pijaos Salud EPSI después de pagar sus pasivos a corto plazo.
	Endeudamiento	4,48%	4,95%	Indica que por cada peso invertido en activos el porcentaje que está financiado por los terceros.
	Ingresos / BDUA	1.192.178	852.079	Representan el valor promedio en \$ pesos de ingreso por afiliados de la EPSI
	Ingresos UPC RS / Ingreso Total	83%	84%	Representa el porcentaje recibido de ingreso por recursos del régimen subsidiado frente al total del ingreso de la EPSI.
	REI Utilidad Neta / Ingresos	-3%	-17%	Representa el porcentaje de cuanto genera la empresa para cubrir los gastos.
	ROA Utilidad Neta / Activo Total	-23%	147%	Representa la capacidad de los activos de la EPSI para generar utilidades.
	ROE Utilidad Neta / Patrimonio	7%	0.37	Representa el porcentaje de rendimiento del patrimonio de Pijaos Salud para generar utilidad.
	Cumplimiento Patrimonial	-45.505.241.685	-42.440.346.154	Representa el déficit patrimonial en (\$) pesos de la EPSI al corte de cada vigencia fiscal.
Margen de solvencia	-36.646.044.378	-36.829.882.383	Representan la capacidad de solvencia en (\$) pesos que tiene la EPSI en sus activos para poder cubrir los pasivos.	
EFICIENCIA	Costo / Ingresos operacionales	86%	98%	Representan el porcentaje de ejecución de los costos asociados a salud frente al ingreso de la EPSI para cada vigencia.
	Gastos Admón / Ingresos Operacionales	4%	4%	Representa el porcentaje de gasto administrativo ejecutado por la EPSI durante la vigencia respecto a sus ingresos.
PROMEDIO DE LOS SALDOS DE CUENTAS POR PAGAR PROVEEDORES DE SALUD POR EL NO. DE DÍAS.	ROTACIÓN EN DÍAS CUENTAS POR PAGAR	113	102	Representa el promedio de los días de rotación de la cartera por pagar de la EPSI
CUENTAS POR PAGAR	VENCIMIENTO DE CUENTAS POR PAGAR	83%	63%	Representa el porcentaje de cuentas por pagar que tiene la entidad respecto a la vigencia anterior y todavía se adeuda.

6. SANCIONES

La EPSI se permite informar que para el año 2020 causó una sanción a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscal UGPP por valor de \$ 1.326.240,00 correspondiente al régimen contributivo.

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



ETNIA SIKUANI

PIJAOS SALUD E.P.S. INDÍGENA

FOTOGRAFÍA
BOZEMAN BINGO FERNANDEZ

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

**OFICINA PRINCIPAL: CRA. 8A No. 16-85
INTERLAKEN, IBAGUÉ - TOLIMA
LINEA GRATUITA NACIONAL: 018000186754
ATENCIÓN 24 HORAS
PBX: 2809090 - 2809091
PAGINA WEB: WWW.PIJAOS.SALUD.COM**