



RESOLUCIÓN No. 5064
(Tunja, 28 SEP 2018)

Por el cual se Expide y Adopta el Reglamento de afiliaciones y Prestación de Servicios de Salud del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – UNISALUD – UPTC.

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA

En uso de las atribuciones legales y estatutarias, y especial las consignadas en la ley 30 de 1992, y en especial del artículo 57, modificado y adicionado por la ley 647 de 2001, Acuerdo 063 de 2007

CONSIDERANDO

Que el artículo 48 de la Constitución Política establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y que se garantiza a todos los habitantes como un derecho irrenunciable.

Que la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia implemento el Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud mediante Acuerdo 053 del 14 de octubre de 2003 modificado por el Acuerdo 025 de junio 28 de 2005, Acuerdo 063 de 2007 y derogados por el Acuerdo 003 de 2017.

Que el parágrafo del artículo 2° de la Ley 647 de 2001, en desarrollo del artículo 57 de la Ley 30 de 1992, reconoció la potestad en la creación de un Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, como una facultad excepcional por la naturaleza jurídica de las Entidades.

Que a través de la Ley 1751 de 2015 se regula el derecho fundamental a la salud, consagrándolo como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Que igualmente la referida ley consagra los principios del derecho fundamental a la salud, disponiendo entre otros, el de continuidad como el derecho a recibir los servicios de salud de manera continua y el de libre elección como la libertad que tienen las personas para elegir las entidades de salud dentro de la oferta disponible.

Que el Acuerdo 066 de 2005 Estatuto General de la Universidad, en su Artículo 16 establece que el Rector es el Representante Legal y primera autoridad ejecutiva de la Universidad y en su artículo 22 define las funciones del Rector, en especial la consagrada en literal c.

Que el Acuerdo 003 de 2017, por el cual se modifica la reglamentación de la organización y funcionamiento de la Unidad de Servicios de Salud, en su Artículo 5° define las funciones de la Junta Administradora, en especial la consagrada en literal l.

Que dando cumplimiento al Acuerdo 003 de 2017 la Junta Administradora de UNISALUD UPTC, aprobó en Acta No. 5 de septiembre 12 de 2018 el Reglamento de Afiliación y la Prestación de los Servicios de Salud del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UNISALUD UPTC.

En mérito de lo expuesto, el Rector de la UPTC

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°: EXPEDIR Y ADOPTAR. El Reglamento de afiliaciones y Prestación de Servicios de Salud del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – UNISALUD – UPTC, el cual se rige bajo los siguientes postulados y disposiciones

ARTÍCULO. 2°: GLOSARIO. Para los efectos de la presente Resolución, las expresiones tendrán los siguientes alcances.

2.1. Afiliación: Es el acto de ingreso al sistema general de seguridad social en salud que se realiza a través del registro en el sistema de afiliación.

2.2. Afiliado: Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el sistema general de seguridad social en salud y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

2.3. Afiliado adicional: Es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen especial, conforme a lo previsto en la presente Resolución se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una UPC adicional.

2.4. Datos básicos: Son los datos referidos a la identificación del afiliado: apellidos, nombres, fecha de nacimiento, sexo, tipo y número de documento de identificación y condición de supervivencia.

2.5. Datos complementarios: Son los datos adicionales del afiliado y del aportante, si fuere el caso, relacionados con su ubicación geográfica e información de contacto, la administración del riesgo en salud y demás que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

2.7. Plan de beneficios: Es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al sistema general de seguridad social en salud definido conforme a la normativa vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

2.8. Enfermedad Laboral: se considera enfermedad laboral todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada o directa de la clase de trabajo que desempeña el empleado, o del medio en que se ha visto obligado



5064

a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional.

2.9. Transparencia: Los agentes y actores del SGSSS, deben actuar de manera íntegra y ética, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad.

2.10. Corresponsabilidad: El usuario debe ser responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante y demás miembros del equipo de salud. La corresponsabilidad implica su autocuidado, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad y propender por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Plan de Beneficios en Salud con, para coadyuvar en los resultados obtenidos con la aplicación del mismo.

De cualquier manera, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios de salud.

2.11. Calidad. La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados al SGSSS se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente, relativa al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y demás normas relacionadas. La provisión de estas tecnologías en salud se debe prestar en servicios habilitados por la autoridad competente, cumpliendo con los estándares de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, satisfacción del usuario, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

2.12. Actividad de salud: Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

2.13. Atención de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

2.14. Atención ambulatoria: Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

2.15. Atención con internación: Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

2.16. Atención domiciliaria: Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área

42

de la salud y la participación de la familia.

2.17. Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento: Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.

2.18. Cirugía plástica reparadora o funcional: Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales.

2.19. Concentración: Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).

2.20. Consulta médica: Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

2.21. Consulta odontológica: Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

2.22. Consulta psicológica: Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.

2.23. Cuidados Paliativos: Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

2.24. Dispositivo médico para uso humano: Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

- a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.

5064

- d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
- e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- f. Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos

2.25. Referencia y Contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

2.26. La referencia: es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de Resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

2.27. La contrarreferencia: es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

2.28. La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS): es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias.

2.29. El enfoque diferencial: es la estrategia que permite a la política de atención reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos frente a los determinantes sociales. Estos determinan condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros. Es una dimensión relativa, pues cada persona tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales.

2.30. Política de Atención Integral en Salud: El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

2.31. Modelo Integral en Salud (MIAS): se define entonces como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutoria de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades.

2.32. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros

4

sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales.

2.33. 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, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

2.34. Prestador Primario: El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario; los prestadores primarios contribuyen a soportar los procesos de gestión individual del riesgo en salud agenciadas por los aseguradores, así como algunas intervenciones colectivas, a cargo de las entidades territoriales; en lo pertinente a cada caso, y en función de la conformación y organización de la red de prestación de servicios de salud de la aseguradora. El prestador primario debe contar con capacidad para identificar y analizar todas las necesidades en salud de toda su población adscrita, resolver los problemas más frecuentes y gestionar las respuestas que requieren de la intervención de los prestadores del componente complementario o de otros sectores.

ARTÍCULO 3º: APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE LA BUENA FE. En aplicación del principio constitucional de la buena fe, en las actuaciones que las personas adelanten ante cualquiera de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud se presumirá que sus afirmaciones y manifestaciones corresponden a la verdad material; lo anterior, sin perjuicio de las denuncias que deban adelantar los actores ante las autoridades competentes cuando se tenga indicios de engaño o fraude al sistema o de que se están utilizando mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del sistema.

ARTÍCULO 4º: INFORMACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD. El afiliado deberá diligenciar la declaratoria de salud que se anexa al formulario de afiliación, para identificar y gestionar los riesgos de los afiliados, con base en la cual determinará las estrategias o lineamientos para la administración del riesgo en salud por parte de la Unidad.

Cuando la información corresponda a datos sensibles de conformidad con la Ley 1581 de 2012 o demás normas que adicionen o modifiquen, su tratamiento y acceso restrictivo estará sujeto a la protección del derecho fundamental al Hábeas Data.



ARTÍCULO 5º: PROHIBICIÓN DE SOLICITAR REQUISITOS ADICIONALES. La afiliación y novedades a la Unidad de Servicios de Salud se regulan por las disposiciones previstas en la presente Resolución, sin que se requieran documentos o trámites adicionales.

ARTÍCULO 6º: PROHIBICIÓN DE CONDUCTAS TENDIENTES A AFECTAR DERECHOS DE LOS AFILIADOS. En el Régimen Especial en salud la adulteración o el uso indebido de las bases de datos de los afiliados con fines diferentes al registro, reporte y consulta de las afiliaciones y de las novedades que no refleje la voluntad de los afiliados o afecte los derechos de las personas a la afiliación, traslado y movilidad, o el acceso a los servicios de salud y a las prestaciones económicas constituye una práctica no autorizada y su ocurrencia dará lugar a las sanciones administrativas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y a las acciones penales previstas en el artículo 22 de la Ley 1474 de 2011, según el caso.

ARTÍCULO 7º: °. AFILIADOS. Son afiliados de la Unidad de servicios de salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia:

A) AFILIADOS COTIZANTES:

1. Los miembros del personal académico o docente, vinculados laboralmente a la Universidad.
2. Los empleados públicos administrativos, vinculados laboralmente a la Universidad.
3. Los trabajadores oficiales, vinculados laboralmente a la Universidad.
4. Las personas que, al término de su relación laboral, se encuentren afiliados al Sistema Universitario de Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y adquieran el derecho a la pensión con el Sistema General de Pensiones.
5. Las demás personas que expresamente autorice la Junta Administradora.

B) BENEFICIARIOS. El afiliado cotizante podrá incluir en su afiliación a su grupo familiar y estará constituida por:

1. El cónyuge
2. A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo, siempre que demuestre la convivencia y que no tenga inscrita otra persona en calidad de cónyuge o compañera o compañero permanente. En ningún caso podrá haber dos beneficiarios por este concepto, en este evento la sustitución por un nuevo compañero con derecho a ser inscrito, exigirá el cumplimiento del término antes del indicado
3. Los hijos menores de veinticinco (25) años de edad que dependen económicamente del cotizante.
4. Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante
5. Los hijos del cónyuge o de la compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales 3 y 4 del presente Artículo.
6. Los hijos mayores de 25 años de edad que dependen económicamente del cotizante y que se encuentren estudiando en una Institución de Educación Superior pagando la UPC adicional establecida.
7. Los hijos adoptivos tendrán derecho a la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del ICBF o de alguna casa de adopción debidamente reconocida por el ICBF.
8. A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente incluidas las parejas del mismo sexo y de hijos, los padres del cotizante que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

4

Parágrafo 1. Se entiende que existe dependencia económica, cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia. En el caso de los hijos entre los 18 y 25 años se presumirá su incapacidad económica si no se encuentran cotizando directamente como dependientes o independientes; si se llegare a demostrar que el beneficiario afiliado no depende económicamente del afiliado principal o no tenga el derecho, éste deberá reintegrar la totalidad de los gastos médico-asistenciales en que hubiera incurrido UNISALUD a favor del afiliado adicional, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar.

Parágrafo 2. La calidad de hijos o padres, se acreditará con los registros civiles correspondientes.

Parágrafo 3. Los beneficiarios entre los 18 y 25 años de edad, que dependan económicamente del afiliado cotizante y adelanten estudios en el exterior, sin ningún tipo de vinculación laboral remunerada, tendrán derecho a la prestación de los servicios médico asistenciales, única y exclusivamente durante el tiempo que permanezcan en el territorio nacional.

Parágrafo 4. La unidad no tendrá afiliados distintos a los señalados por éste Artículo. Los afiliados no pensionados perderán ese carácter cuando por causas distintas a la pensión o jubilación dejen de pertenecer a la UPTC.

Parágrafo 5. Cuando los padres pierdan la calidad de beneficiarios por inclusión de cónyuge o de compañera o compañero permanente incluidas las parejas del mismo sexo y de hijos debe ser retirado de la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD UPTC. En los casos en los que existan dos o más personas con igual derecho que no puedan ser inscritas como beneficiarias en el núcleo familiar simultáneamente, la Unidad de Servicios de Salud afiliará únicamente a los hijos relacionados en los numerales del 3 al 7.

Parágrafo 6. En los casos en los que existan dos personas con igual derecho que no puedan ser inscritas como beneficiarias en el núcleo familiar simultáneamente, se estará a lo resuelto por la autoridad judicial o administrativa que corresponda.

ARTÍCULO 8º: DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN PARA EFECTUAR LA AFILIACIÓN Y REPORTAR LAS NOVEDADES. Para efectuar la afiliación y reportar las novedades, los afiliados se identificarán con uno de los siguientes documentos:

8.1. Registro civil de nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.

8.2. Registro civil de nacimiento para los mayores de 3 meses y menores de siete (7) años de edad.

8.3. Tarjeta de identidad para los mayores de siete (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.

8.4. Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.

8.5. Cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda, para los extranjeros.



Uptc[®]

Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
DE ALTA CALIDAD
MULTICAMPUS
RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

VIGILADA MINECUCACIÓN

www.uptc.edu.co

5064

8.6. Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.

ARTÍCULO 9º: ACREDITACION Y SOPORTE DOCUMENTAL. Para efectuar la afiliación y reportar novedades los afiliados se identificarán con uno los siguientes documentos y deben anexar.

COTIZANTE

Trabajador dependiente de la UPTC.

Debe presentar la siguiente documentación:

Fotocopia del documento de identidad.

Declaratoria de salud

Formulario de UNISALUD – UPTC. Debidamente diligenciado

BENEFICIARIOS

Beneficiarios - CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

Fotocopia del documento de identidad.

Declaratoria de salud

La calidad de cónyuge, se acreditará con el Registro Civil de Matrimonio o Partida de matrimonio

La calidad de compañero o compañera permanente se acreditará con alguno de los documentos previstos en el artículo 4º de la Ley 54 de 1990 modificado por el artículo 2º de la Ley 979 de 2005

Beneficiarios - HIJO MENOR DE 18 AÑOS

Fotocopia del documento de identidad.

Declaratoria de Salud

Fotocopia del registro civil de nacimiento.

Adoptado

Fotocopia del documento de identidad.

Certificado de adopción o acta de entrega del menor, emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o entidad autorizada.

Declaratoria de salud

Fotocopia del registro civil de nacimiento, donde conste el nombre de los padres.

Aportado

Fotocopia del documento de identidad

Declaración rendida por el Cotizante, manifestando el aporte del hijo a la unión y la dependencia económica certificada por el afiliado cotizante. Estos beneficiarios tienen derecho de permanecer afiliados hasta los 25 años de edad.

Declaratoria de salud

Fotocopia del registro civil de nacimiento, donde conste el nombre de los padres.

Beneficiarios - HIJO MAYOR DE 25 AÑOS DISCAPACITADOS

Fotocopia del documento de identidad.

Declaratoria de salud

Fotocopia del registro civil de nacimiento, donde conste el nombre de los padres.

Certificado de dependencia económica suscrito por el afiliado cotizante.

Certificado médico de incapacidad expedido por UNISALUD, otras Entidades prestadoras de Servicios de Salud, Juntas Regionales o Nacional de calificación de Invalidez. Es requisito que la pérdida de capacidad laboral sea igual o superior

VIGILADO Supersalud

INVESTIGACIÓN
CONOCIMIENTO DE PAZ

Avenida Central del Norte
PBX 7405626 Tunja



44

a 50%.

Beneficiarios - HIJO MENOR DE 25 AÑOS

Fotocopia del documento de identidad.
Declaratoria de salud
Fotocopia del registro civil de nacimiento, donde conste el nombre de los padres.
Declaración de dependencia económica del cotizante. Esta debe presentarse semestralmente a más tardar en los meses de febrero y agosto de cada año.

Beneficiarios - HIJO MAYOR DE 25 AÑOS (CON PAGO DE UPC ADICIONAL)

Fotocopia del documento de identidad.
Declaratoria de salud
Fotocopia del registro civil de nacimiento, donde conste el nombre de los padres.
Certificado de dependencia económica suscrito por el afiliado cotizante.
Certificación de la Institución de educación superior o copia del pago de la matrícula donde conste que se encuentra realizando estudios en forma presencial.
Esta debe presentarse semestralmente a más tardar en los meses de febrero y agosto de cada año

Beneficiarios - PADRES

Fotocopia del documento de identidad.
Declaratoria de salud
Certificado de dependencia económica suscrito por el afiliado cotizante y se presumirá la buena fe en su declaración.
Fotocopia del registro civil de nacimiento, donde conste el nombre de los padres.

Parágrafo 1. Los afiliados están obligados a actualizar el documento de identificación y el de los beneficiarios cuando se expida un nuevo tipo de documento.

Parágrafo 2. Cuando el afiliado(a) tenga el estado civil de casado(a), sólo se admitirá la inscripción del compañero(a) permanente, presentando copia de la sentencia de separación de cuerpos o de cesación de los efectos civiles del matrimonio. Para inscribir el compañero(a) permanente, se deberá demostrar la veracidad de la convivencia, conforme a lo previsto en la presente Resolución.

*-> No se
deberá*

ARTÍCULO 10º: INSCRIPCIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR. Los afiliados cotizantes deberán registrar en la Unidad cada uno de los miembros que conforman el núcleo familiar y tengan el derecho, para lo cual deberán allegar el soporte documental de su calidad de beneficiarios.

Cuando se inscriba un miembro que no cumple las condiciones legales para ser parte del grupo familiar o no se registre la novedad de aquellos beneficiarios que pierden su condición de tales, el afiliado cotizante deberá reintegrar el valor de los servicios prestados durante el período en que el beneficiario carecía del derecho.

Parágrafo 1. Cuando un beneficiario tiene un empleo o posee capacidad de pago para afiliarse a una Empresa Promotora de Salud (EPS) y sea inscrito, será terminada la afiliación a UNISALUD, a partir de la fecha del conocimiento de la circunstancia.

ARTÍCULO 11º: AFILIACIÓN DEL RECIÉN NACIDO. Todo niño que nazca con posterioridad a la inscripción del grupo familiar, quedará automáticamente protegido si la madre es afiliada a UNISALUD, salvo en los casos de fallecimiento de la madre al momento del parto, evento en el cual quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a su cargo el cuidado personal o detenta su custodia. Para la afiliación



debe ser presentado el registro civil o en su defecto con el certificado de nacido vivo máximo 30 días después del nacimiento del beneficiario.

Cuando la madre ostenta la calidad de beneficiaria, el recién nacido se inscribirá como un beneficiario más del núcleo familiar. Una vez afiliado el recién nacido, si el padre tiene la calidad de cotizante al régimen contributivo o de excepción éste podrá tramitar la novedad de inclusión como su beneficiario después del primer mes de vida. Si el recién nacido es nieto de un o una cotizante solo tendrá inclusión en el grupo familiar por el primer mes de vida.

Parágrafo 1. El registro civil de nacimiento debe ser aportado a más tardar dentro de los treinta días siguientes al nacimiento.

ARTÍCULO 12º: AFILIACIONES MÚLTIPLES. En el sistema general de Seguridad Social en Salud ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el Régimen Contributivo, Excepción, Especial y Subsidiado ni estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario en los diferentes Régimen.

Parágrafo 1. No se podrá ser Beneficiario de la Unidad de Servicios de Salud y ser simultáneamente cotizante a una Administradora de Pensiones.

ARTÍCULO 13º. PERÍODO DE PROTECCIÓN POR TERMINACIÓN DE RELACIÓN LABORAL. Una vez suspendido el pago de la cotización, como consecuencia de la finalización de la relación laboral, el afiliado cotizante y su núcleo familiar gozarán de los servicios del Plan de Beneficios en Salud hasta por treinta (30) días más, contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado UNISALUD UPTC o al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo los seis (6) meses anteriores.

Parágrafo 1: Cuando el afiliado cotizante lleve cinco (5) años o más de afiliación continúa a UNISALUD UPTC o al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá derecho a un período de protección laboral de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su desafiliación.

ARTÍCULO 14º: SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN. La afiliación se suspenderá en los siguientes casos:

14.1. Cuando el cotizante o el afiliado adicional incurra en mora por dos periodos consecutivos de las cotizaciones. Durante el periodo de suspensión, el empleador en mora deberá pagar el costo de los servicios de salud que demande el afiliado y su grupo familiar, sin perjuicio del pago de las cotizaciones adeudadas y de los intereses en mora correspondientes.

14.2. Cuando transcurran tres (3) meses y el cotizante no allegue los documentos que acrediten la condición de sus beneficiarios.

Parágrafo 1. Durante los periodos de suspensión por mora no habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad por parte de la Unidad y su pago estará a cargo del empleador, salvo que haya mediado un acuerdo de pago.

Parágrafo 2. Cuando se acredite la condición de beneficiario antes de que opere la desafiliación, se levantará la suspensión, a los tres días hábiles de presentados los

soportes.

ARTÍCULO 15º: EFECTOS DE LA SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN. Durante los períodos de suspensión de la afiliación por mora, no habrá lugar a la prestación de los servicios del plan de beneficios, con excepción de la atención en salud de las gestantes y los menores de edad en los términos establecidos en la normatividad vigente.

En el caso de los beneficiarios respecto de los cuales no se alleguen los documentos que acreditan tal condición, cuando sean requeridos según lo dispuesto en la presente Resolución, estos tendrán derecho a la atención inicial de urgencias. Se exceptúa de lo aquí previsto la atención en salud a las mujeres gestantes y a los menores de edad a quienes se les garantizará los servicios del plan de beneficios.

En todo caso, producida la suspensión de la afiliación, cuando el afiliado se encuentre con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, los servicios de salud serán garantizados en los términos previstos en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 16º: TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN. La inscripción a la Unidad, se terminará en los siguientes casos:

16.1. Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.

16.2. Cuando la Universidad UPTC reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente, y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como afiliado beneficiario dentro de la misma Unidad y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral, ni la movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en la presente Resolución.

16.3. Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones establecidas en el presente Resolución para ostentar dicha condición y no reporten la novedad de cotizante dependiente, afiliado adicional o de movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en la presente Resolución.

16.4. Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado legalmente establecido.

16.5. Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la Unidad.

Parágrafo 1. Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país deberán reportar esta novedad a más tardar el último día del mes en que esta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los periodos por los que se termina la inscripción. Cuando el afiliado regrese al país deberá reportar la novedad a la Unidad y reanudar el pago de sus aportes.

ARTÍCULO 17º EFECTOS DE LA TERMINACIÓN DE LA AFILIACION. La terminación de la afiliación tiene como efecto para la Unidad, la cesación de la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios y las prestaciones económicas para los cotizantes del régimen especial.

Para los afiliados cotizantes, una vez reportada la novedad, implica la cesación del pago de las cotizaciones, sin perjuicio del pago de los aportes que adeuden.



ARTÍCULO 18º: NOVEDADES. La actualización de datos y los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia al régimen especial que se produzcan con posterioridad a la afiliación, se considerarán novedades que actualizan la información de los afiliados y debe ser reportada a la Unidad por los cotizantes.

El registro de las novedades implica la declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al régimen especial.

ARTÍCULO 19º: REPORTE DE NOVEDADES. El cotizante será responsable de registrar las novedades de traslado y de movilidad, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos y las demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y utilizará los medios que se dispondrán para tal fin.

El empleador será responsable de registrar las novedades de la vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las novedades de la relación laboral que puedan afectar su afiliación, sin perjuicio de su reporte a través de la planilla integrada de liquidación de aportes.

Serán de cargo del empleador las prestaciones económicas y los servicios de salud a que tenga derecho el trabajador dependiente y su núcleo familiar durante el tiempo que transcurra entre la vinculación laboral y el registro de la novedad.

Los beneficiarios serán responsables de registrar la novedad de fallecimiento del afiliado cotizante. Los pensionados o cabeza de familia de los beneficiarios, cuando se trate de pensión sustitutiva, en su condición de cotizantes al régimen Especial, son responsables de registrar directamente la novedad de su condición de pensionados, así como las novedades de traslado, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos y las demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 20º: COBERTURA FAMILIAR CUANDO LOS DOS CÓNYUGES COTIZAN A UNISALUD UPTC. Cuando los dos cónyuges o compañeros o compañeras permanentes, incluidas las parejas del mismo sexo tengan la calidad de afiliados cotizantes a UNISALUD UPTC, los beneficiarios deberán inscribirse en cabeza de uno de ellos.

Parágrafo 1: Si uno de los cónyuges, compañera o compañero permanente cotizantes incluidos la pareja del mismo sexo dejará de ostentar tal calidad, así como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge continúe cotizando.

ARTÍCULO 21º: PROCEDIMIENTO PARA LA TERMINACION DE LA INSCRIPCION. Para efectos de la terminación de la inscripción, UNISALUD UPTC enviará de manera previa a la última dirección del afiliado registrada en la base de datos, con antelación no menor a 30 días, una comunicación por correo certificado en la cual se precisen las razones que motivan la decisión, indicándole la fecha a partir de la cual se hará efectiva la medida. En caso de mora, copia de la comunicación deberá enviarse al empleador o la entidad pagadora de pensiones.

Antes de la fecha en que se haga efectiva la desafiliación, el aportante podrá acreditar o efectuar el pago de los aportes en mora o entregar la documentación que acredite la continuidad del derecho de permanencia de los beneficiarios. En este evento, se restablecerá la prestación de servicios de salud.

Una vez desafiliado el cotizante y sus beneficiarios, el empleador para efectos de

Handwritten mark

afiliarse nuevamente a sus trabajadores y pensionados, deberán pagar las cotizaciones en mora a UNISALUD UPTC, en este caso el afiliado y su grupo familiar perderán el derecho a la antigüedad. A partir del mes en que se efectúen los pagos se empezará a contabilizar el periodo mínimo de cotización.

ARTÍCULO 22º: FALLECIMIENTO DEL COTIZANTE. Los beneficiarios de un cotizante fallecido, tendrán derecho a permanecer en UNISALUD UPTC en los mismos términos y por el mismo período que se establece para los períodos de protección laboral de acuerdo con las normas legales vigentes; en todo caso, comunicarán a UNISALUD UPTC, por cualquier medio sobre la respectiva novedad, en el mes siguiente al fallecimiento; de no hacerlo, cuando así se verifique, se procederá a su desafiliación y perderán la antigüedad en el Sistema.

Cuando las novedades no hayan sido reportadas, en debida forma por los beneficiarios del cotizante fallecido a UNISALUD UPTC, ésta podrá cobrar por los servicios prestados, a dichos beneficiarios; tales valores serán pagados según los precios registrados por Unisalud, junto con los intereses causados.

PARAGRAFO 1. Cuando la Unisalud haya recibido aportes por un afiliado cotizante fallecido, deberá proceder a la devolución del aporte, una vez requerida por el fondo de pensiones.

ARTÍCULO 23º: MONTO DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados cotizantes a UNISALUD UPTC, será la establecida en la normatividad vigente. Un uno punto cinco por ciento (1.5%) de la cotización será trasladado al ADRES, dentro de los términos establecidos en la Ley.

Parágrafo 1: Los afiliados cotizantes y beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivientes y/o sustitución, que al momento del siniestro, cumplan con los requisitos establecidos por Ley y que hayan solicitado su inclusión en nómina pensional podrán a su elección mantener la calidad de afiliados a Unisalud mientras obtienen el reconocimiento pensional, para lo cual:

1. El afiliado (cotizante /beneficiario) deberá comunicar por medio escrito a la Dirección de UNISALUD, su intención de mantener la calidad de afiliado a UNISALUD hasta que le sea reconocida la pensión y manifestar que efectuará personalmente las cotizaciones pertinentes durante ese periodo. Obligatoriamente, deberá anexar a la comunicación, prueba documental en la que conste la radicación de solicitud pensional ante la respectiva administradora de pensiones.

2. El afiliado o beneficiario, deberá efectuar directamente a UNISALUD el aporte sobre el último ingreso base de cotización correspondiente en forma mensual y anticipada; los primeros cinco días hábiles, sin embargo, podrá reclamar posteriormente la devolución de esos dineros en el caso que la administradora de pensiones efectúe la cancelación de dichos valores a Unisalud, al momento del pago pensional. En el evento en que la pensión no sea reconocida, no procederá ninguna devolución de lo aportado.

3. Posterior a la comunicación del afiliado, UNISALUD facilitará el acceso del afiliado para que realice las cotizaciones y se le preste normalmente el servicio durante el periodo cotizado.



ARTÍCULO 24º: DERECHO A LA LIBRE ESCOGENCIA. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud la elección de Régimen de Seguridad Social se hará directamente por el afiliado de manera libre y voluntaria.

ARTÍCULO 25º: CONDICIONES PARA EL TRASLADO ENTRE ENTIDADES DE SALUD. Para el traslado entre entidades de salud, el afiliado deberá cumplir las siguientes condiciones:

25.1. El registro de la solicitud de traslado por parte del afiliado cotizante activo, podrá efectuarse de acuerdo a las fechas de recibido de novedades establecidas por el Departamento de Talento Humano de la UPTC.

25.2. Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario.

El término previsto se contabilizará desde la fecha de inscripción inicial, teniendo en cuenta todos los días de inscripción en la misma EPS del afiliado cotizante o cabeza de familia, descontando los días de suspensión de la afiliación o de terminación de la inscripción. Cuando el afiliado deba inscribirse nuevamente en la EPS por efecto de la terminación de la inscripción o cuando se levante la suspensión por mora en el pago de los aportes, el nuevo término se acumulará al anterior.

25.3. Cuando el cotizante o uno de sus beneficiarios/ estén en medio de una incapacidad, estado de embarazo, licencia de maternidad o internado en una clínica esperando un procedimiento de alta complejidad o en medio de un tratamiento, el traslado sólo procede una vez termine la licencia, incapacidad, cirugía o terapias ordenadas.

25.4. Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Cuando se trate del traslado de Entidades Administradoras de Planes De Beneficios (EAPB) de regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones previstas en el presente artículo, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EAPB del otro régimen.

ARTÍCULO 26º: EXCEPCIONES A LA REGLA GENERAL DE PERMANENCIA. La condición de permanencia para ejercer el derecho al traslado establecida, no será exigida cuando se presente alguna de las situaciones que se describen a continuación:

26.1. Revocatoria total o parcial de funcionamiento de la EPS

26.2. Disolución o liquidación de la EPS

26.3. Cuando se retire voluntariamente

26.4. Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.

26.5. Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados,

26.6. Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.

26.7. Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la Unida no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio.

ARTÍCULO 27º: EFECTIVIDAD DEL TRASLADO. El traslado entre regímenes se producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado en el sistema de afiliación, cuando este se realice dentro de los cinco (5) primeros días del mes, momento a partir del cual la EPS a la cual se traslada el afiliado cotizante o el cabeza de familia y su núcleo familiar deberá garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios. Cuando el registro de la solicitud de traslado se realice con posterioridad a los cinco (5) primeros días del mes, el mismo se hará efectivo a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha del citado registro.

La entidad de la cual se retira el afiliado cotizante o el cabeza de familia tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones económicas, según el caso, tanto del cotizante o del cabeza de familia como de su núcleo familiar, hasta el día anterior a aquel en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

Si previo a que surta la efectividad del traslado, se presenta una internación en una IPS, la efectividad del traslado se suspenderá hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que debía hacerse efectivo. En todo caso, los trabajadores de la Universidad UPTC tendrán la obligación de informar a su empleador la novedad de traslado, y los empleadores la obligación de consultar en el sistema de afiliación transaccional la EPS en la cual se encuentra inscrito el trabajador una vez se tramite el traslado.

ARTÍCULO 28º: COBERTURA. El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, condicionada a que se entregue a UNISALUD UPTC, debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación.

Parágrafo 1: Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que, reuniendo los requisitos exigidos, se trasladen al Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, tendrán derecho a la prestación de los servicios médico asistenciales por parte de UNISALUD UPTC, a partir del mes siguiente en que se haga efectivo el traslado con destino a UNISALUD UPTC.

Parágrafo 2: La afiliación a UNISALUD UPTC se considera equivalente, para los fines del tránsito del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993, al Sistema propio de la Universidad o viceversa.

ARTÍCULO 29º: PRESTACIONES ECONÓMICAS. Se define como incapacidad laboral, la incapacidad que afronta un trabajador para laborar como consecuencia de una enfermedad o un accidente de trabajo. La incapacidad laboral puede presentarse de forma temporal o permanente, y puede ser parcial o total.

5064

La incapacidad originada en una enfermedad de origen profesional o por un accidente de trabajo, debe ser pagada por la administradora de riesgos laborales [ARL] a la que esté afiliada la empresa y debe cubrirla desde el primer día de incapacidad.

La incapacidad por enfermedad general, esto es por aquella enfermedad que no tiene origen profesional o por un accidente que no es de trabajo, debe ser pagada por UNISALUD UPTC. La incapacidad por enfermedad general es pagada por la Unidad a partir del tercer día; los dos primeros días de incapacidad los cancela la Universidad.

El valor que el empleado reciba por incapacidad, será igual al 100% de salario base de cotización si se trata de incapacidad por enfermedad profesional o accidente laboral. Si la incapacidad es por enfermedad general, el valor a pagar al empleado será el 66.67% del valor base de cotización.

El código sustantivo del trabajo en su artículo 227 indica que el valor del auxilio será cancelado hasta el día 180 de los cuales hasta el día 90 se liquidará sobre las 2/3 partes del salario y a partir del día 91 sobre la mitad del salario. Del día 181 hasta 540 días serán canceladas por el Fondo de Pensiones. La base para el cálculo y pago de la incapacidad no es el salario devengado por el trabajador, si no el salario sobre el cual se cotizó,

Para el Reconocimiento y pago de incapacidades superiores a 540 días, Unisalud UPTC reconocerá y pagará a los cotizantes las incapacidades derivadas de enfermedad general de origen común superiores a 540 días en los siguientes casos:

1. Cuando exista concepto favorable de rehabilitación expedido por el médico tratante, en virtud del cual se requiera continuar en tratamiento médico.
2. Cuando el paciente no haya tenido recuperación durante el curso de la enfermedad o lesión que originó la incapacidad por enfermedad general de origen común, habiéndose seguido con los protocolos y guías de atención y las recomendaciones del médico tratante.
3. Cuando por enfermedades concomitantes se hayan presentado nuevas situaciones que prolonguen el tiempo de recuperación del paciente.

PARÁGRAFO 1: Toda certificación por incapacidad debe ser expedida por profesionales adscritos a través de la Red Prestadora de Servicios de Salud.

PARÁGRAFO 2: En caso de presentarse una incapacidad por atención de urgencias, atendida por cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud, esta será transcrita por UNISALUD.

PARÁGRAFO 3: UNISALUD transcribirá la incapacidad generada por accidente de trabajo o enfermedad profesional pero la Administradora de Riesgos laborales es la responsable de cancelarla.

PARÁGRAFO 4: Existe prórroga de la incapacidad derivada de enfermedad general de origen común, cuando se expide una incapacidad con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de diferente código CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), siempre y cuando entre una y otra, no haya interrupción mayor a 30 días calendario.

ARTÍCULO 30° REQUISITOS DEL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN. El concepto

44

de rehabilitación que deben expedir UNISALUD antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de la incapacidad derivada de enfermedad general de origen común, deberá contener, como mínimo, la siguiente información: a) Información general del paciente, b) Diagnósticos finales y sus fechas. c) Etiología demostrada o probables diagnósticos. d) Descripción de las secuelas anatómicas y/o funcionales, con el respectivo pronóstico (bueno, regular o malo). e) Resumen de la historia clínica. f) Estado actual del paciente. g) Terapéutica posible. h) Posibilidad de recuperación. i) Pronóstico del paciente a corto plazo (mejor de un año) ya mediano plazo (mayor de un año). j) Tratamientos concluidos, estudios complementarios, procedimientos y rehabilitación realizada, indicando fechas de tratamiento y complicaciones presentadas. k) Nombre, número del registro profesional, tipo y número del documento de identidad y firma del médico que lo expide.

ARTÍCULO 31° SITUACIONES DE ABUSO DEL DERECHO. Constitúyanse como abuso del derecho las siguientes conductas: 1. Cuando se establezca por parte de la Unidad que el cotizante no ha seguido el tratamiento y terapias ordenadas por el médico tratante, no asistió a las valoraciones, exámenes y controles o no cumpla con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación en al menos el 30% de las situaciones descritas. 2. Cuando el cotizante no asista a los exámenes y valoraciones para determinar la pérdida de capacidad laboral. 3. Cuando se detecte presunta alteración o posible fraude en alguna de las etapas del curso de la incapacidad, para lo cual el caso se pondrá en conocimiento de las autoridades competentes, quedando obligado a ello quien detecte tal situación. 4. La comisión por parte del usuario de actos o conductas presuntamente contrarias a la ley relacionadas con su estado de salud. 5. Cuando se detecte fraude al otorgar la certificación de incapacidad. 6. Cuando se detecte que el cotizante busca el reconocimiento y pago de la incapacidad tanto en UNISALUD como en la ARL por la misma causa, generando un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 7. Cuando se efectúen cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos falsos. 8. Cuando se detecte durante el tiempo de incapacidad que el cotizante se encuentra emprendiendo una actividad alterna que le impide su recuperación y de la cual deriva ingresos.

PARÁGRAFO 1. Las conductas descritas en los numerales 1, 2 Y 6 deberán ser resueltas por la Unidad y las correspondientes a los numerales 3, 4, 5 Y 7 serán puestas en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación, aportando las pruebas con que cuenta, a fin de determinar la posible existencia de hechos punibles y su eventual traslado a la Jurisdicción Penal.

PARÁGRAFO 2. La conducta prevista en el numeral 8 deberá ser puesta en conocimiento a UNISALUD por parte de Talento Humano, a quien le corresponderá aportar las pruebas que pretenda hacer valer.

ARTÍCULO 32°. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO FRENTE AL ABUSO DEL DERECHO EN INCAPACIDADES POR ENFERMEDAD GENERAL DE ORIGEN COMÚN. Una vez la Unidad detecte que el cotizante no ha seguido el tratamiento, no ha asistido a las terapias, valoraciones, exámenes y controles ordenados o no ha cumplido con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación, en un porcentaje como mínimo del 30%, enviará comunicación al usuario indicándole la situación evidenciada e invitándolo a que, dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta, dé las explicaciones correspondientes. Igual procedimiento se adelantará respecto de las conductas descritas en los numerales 2 y 6 del artículo anterior, debiendo en este último caso remitir comunicación a la ARL del afiliado, señalando la situación detectada y las acciones adelantadas. Tratándose de la



conducta descrita en el numeral 8, una vez sea informada la Unidad por parte del empleador, aportando las pruebas en que fundamente tal afirmación, enviará comunicación al usuario indicándole la situación evidenciada e invitándolo a que, dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta, dé las explicaciones correspondientes. Dentro de los tres (3) días siguientes al recibo de los argumentos expuestos por el usuario, la Unidad procederá a suscribir acuerdo en el que el cotizante incapacitado se comprometa con Unisalud UPTC a atender las órdenes prescritas por el profesional de la salud, so pena de que le sea suspendido el reconocimiento económico. En caso de no recibir respuesta por parte del cotizante, o de ser reincidente en las conductas descritas en los numerales 1, 2, 6 Y 8, se procederá a suspender el pago de la prestación económica, mientras se suscribe el acuerdo en los términos antes expuestos y se evidencie el cumplimiento de las ordenes prescritas por el profesional de la salud. Esta suspensión será informada al aportante.

PARÁGRAFO 1. En ningún caso se podrá suspender la prestación asistencial al afiliado que incurra en abuso del derecho.

PARÁGRAFO 2. Cuando se determine que el reconocimiento de la prestación económica por incapacidad por enfermedad general de origen común proviene de alguna de las conductas definidas en los numerales 3, 4, 5 Y 7 del anterior artículo y como consecuencia de ello la autoridad competente determine que existió un reconocimiento económico indebido, UNISALUD UPTC deberá, en defensa de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, efectuar el proceso de cobro respectivo al cotizante, a fin de obtener el reintegro de los recursos públicos.

ARTÍCULO 33° CAUSALES DE SUSPENSIÓN O NO RECONOCIMIENTO DE PAGO DE LA INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL. 1. Cuando UNISALUD, o la autoridad competente, según el caso, determine que se configuró alguna de las causales de abuso del derecho establecidas en el artículo 31 de la presente Resolución. 2. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas. 3. Cuando el cotizante incurra en mora 4. Cuando la incapacidad por enfermedad general tenga origen en tratamientos con fines estéticos y sus complicaciones, o se derive de tratamientos que acrediten los criterios de exclusión de que trata el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

ARTÍCULO 34°: LICENCIA DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD. Licencia en la época del parto e incentivos para la adecuada atención y cuidado del recién nacido.

1. Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de dieciocho (18) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia.
2. Para los efectos de la licencia de que trata este artículo, la trabajadora debe presentar al empleador un certificado médico, en el cual debe constar: a) El estado de embarazo de la trabajadora; b) La indicación del día probable del parto, y c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto.
3. Todas las provisiones y garantías establecidas en el presente artículo para la madre biológica, se hacen extensivas en los mismos términos y en cuanto fuere procedente a la madre adoptante, o al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre, sea por enfermedad o muerte, asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se ha adoptado, o del que adquiere custodia justo después del

nacimiento. En ese sentido, la licencia materna se extiende al padre en caso de 1 fallecimiento o enfermedad de la madre, el empleador del padre del niño le concederá una licencia de duración equivalente al tiempo que falta para expirar el periodo de la licencia posterior al parto concedida a la madre.

4. La licencia de maternidad para madres de niños prematuros, tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, las cuáles serán sumadas a las dieciocho (18) semanas que se establecen en el presente el Artículo. Cuando se trate de madres con parto múltiple, la licencia se ampliará en dos (2) semanas más.

5. La trabajadora que haga uso de la licencia en la época del parto tomará las dieciocho (18) semanas de licencia a las que tiene derecho, de la siguiente manera: a) Licencia de maternidad preparto. Esta será de una (1) semana con anterioridad a la fecha probable del parto debidamente acreditada. Si por alguna razón médica la futura madre requiere una semana adicional previa al parto podrá gozar de las dos (2) semanas, con dieciséis (16) posparto. Si en caso diferente, por razón médica no puede tomarla semana previa al parto, podrá disfrutarlas dieciocho (18) semanas en el posparto inmediato. b) Licencia de maternidad posparto. Esta licencia tendrá una duración normal de diecisiete (17) semanas contadas desde la fecha del parto, o de dieciséis (16) o dieciocho (18) semanas por decisión médica, de acuerdo a lo previsto en el literal anterior.

Parágrafo 1: De las dieciocho (18) semanas de licencia remunerada, la semana anterior al probable parto será de obligatorio goce en caso de que el médico tratante prescriba algo diferente. La licencia remunerada de la que habla este artículo, es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento de un hijo, estos días serán descontados de la misma.

Parágrafo 2: El esposo o compañero permanente tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad. La licencia remunerada de paternidad opera por los hijos nacidos del cónyuge o de la compañera. El único soporte válido para el otorgamiento de la licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la UNIDAD a más tardar dentro de los 30 días siguientes la fecha del nacimiento del menor. La licencia remunerada de paternidad estará a cargo de la UNISALUD, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad.

Parágrafo 3: Para efectos de la aplicación de la licencia de maternidad para madres de niños prematuros, se deberá anexar al certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad, o determinarla multiplicidad en el embarazo.

ARTÍCULO 35º: COBERTURA DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS. UNISALUD-UPTC, tendrá como responsabilidad garantizar el Plan de Beneficios de Salud establecida en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO 36º: PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las



juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

ARTÍCULO 37º: ACCESO A LOS SERVICIOS. Toda persona que esté afiliada a la Unidad de servicios de Salud UPTC, debe estar adscrita en un prestador primario y adscrito a un equipo de salud que dentro de ese prestador garantice la cobertura de los riesgos asignados al prestador primario dentro de las Rutas Integrales de Atención. Por tanto, también existe adscripción del afiliado al prestador primario que en condiciones de cercanía a su lugar de residencia le asigne UNISALUD dentro de la red de servicios habilitada. El afiliado en su condición de usuario debe tener garantía de suficiencia dentro de la red de servicios que le corresponda. El acceso primario a los servicios del Plan de Beneficios en Salud se hará en forma directa a través de urgencias o por consulta médica u odontológica general. Podrán acceder en forma directa a las consultas especializadas de pediatría, obstetricia o medicina familiar según corresponda y sin requerir remisión por parte del médico general, las personas menores de 18 años de edad y las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio, cuando la oferta disponible así lo permita.

Parágrafo 1: Todo afiliado deberá utilizar en primera instancia los servicios con los que cuente la Red de Prestadores contratada por UNISALUD UPTC, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la entidad.

Parágrafo 2: El afiliado que sin justa causa rechace la prestación de los servicios de salud que ofrece UNISALUD UPTC, o que por su propia decisión acuda a otro profesional, asumirá por su cuenta y riesgo, todos los tratamientos y las consecuencias que sobrevengan derivadas de dicho rechazo.

Parágrafo 3: Para la atención de urgencias deben los afiliados presentar el documento de identidad en las IPS de la Red Prestadora de Servicios de Salud

ARTÍCULO 38º. ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD. El Plan de Beneficios en Salud cubre la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el Artículo 20º de este acto administrativo, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general. Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio

ARTÍCULO 39º: LA INTEGRALIDAD. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con

VIGILADO Supersalud

u

independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

ARTÍCULO 40º: COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Unisalud UPTC deberá identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud -APS-, la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS- puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin UNISALUD podrá usar la información generada durante la adscripción a una IPS, así como estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales

ARTÍCULO 41º: PROMOCIÓN DE LA SALUD. En el Plan de Beneficios en Salud está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS.

ARTÍCULO 42º: PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan de Beneficios en Salud cubre todas las tecnologías en salud descritas en el plan de Beneficios del régimen contributivo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género para tales efectos, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud -RIAS.

ARTÍCULO 43º: PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. El Plan de Beneficios en Salud cubre las tecnologías en salud para prevención de las enfermedades, Unisalud UPTC deben apoyar la vigilancia de su cumplimiento a través de los indicadores de protección específica y detección temprana definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud -RIAS.

ARTÍCULO 44º: APLICACIÓN DE VACUNAS. El Plan de Beneficios en Salud cubre la aplicación de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, así como aquellos descritos para casos especiales. Es responsabilidad de UNISALUD- o las entidades que hagan sus veces garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social y según las normas técnicas aplicables.

ARTÍCULO 45º: ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan de Beneficios en Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud-APS, según los lineamientos del Modelo



Integral de Atención en Salud -MIAS- y la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud -RIAS.

ARTÍCULO 46º: ATENCIÓN AMBULATORIA. Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud, serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

ARTÍCULO 47º: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN. El Plan de Beneficios en Salud con internación cuando sea prescrita por el profesional de la salud tratante, en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

Parágrafo 1. El plan de beneficios en cubre la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

Parágrafo 2. Para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por este plan de beneficios no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante.

Parágrafo 3. El plan de beneficios en salud cubre en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

Parágrafo 4. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de UNISALUD UPTC, responsable del receptor.

ARTÍCULO 48º: ATENCIÓN DOMICILIARIA. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud.

ARTÍCULO 49º: ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. En el Plan de Beneficios en Salud para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías en salud, para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud -RIAS.

ARTÍCULO 50º: MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS. Unisalud podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia

ARTÍCULO 51º: ATENCIÓN PALIATIVA. El Plan de Beneficios en Salud , cubre los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica,

degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 40 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 52º: ATENCIÓN DE URGENCIAS. En la atención de urgencias, se incluyen las siguientes actividades: evaluación y atención médica; atención médica que requiera sutura; atención médica con cuidado en observación hasta por 24 horas; atención médica con cuidado en hidratación; evaluación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera e interconsulta especializada. El Plan de atención cubre las tecnologías en salud necesarias para la atención de urgencias del paciente, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, "TRIAGE", según la normatividad vigente.

UNISALUD UPTC atenderá en la ciudad sede y en las ciudades o municipios del territorio Nacional diferentes al de su sede y en los términos que seguidamente se expresan, las urgencias de sus afiliados y sus beneficiarios, sin que para ello sea necesaria remisión, o autorización de UNISALUD UPTC por tratarse de una urgencia.

La atención inicial de urgencias, debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago.

La entidad que preste la atención inicial de urgencia, tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

Parágrafo 1. La atención subsiguiente, que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por UNISALUD en su red adscrita, conforme a lo establecido en el presente Acuerdo y a la definición y contenidos del Plan de Beneficios de Salud

ARTÍCULO 53º: TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan de Beneficios en Salud cubre 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 unidades móviles.
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 cubierto 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 cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.



5064

ARTÍCULO 54°: PROHIBICIÓN DE LA NEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

ARTÍCULO 55°: ATENCIÓN FUERA DE LA CIUDAD SEDE. Cuando un afiliado se encuentre residenciado en otra ciudad o municipio del país, UNISALUD UPTC le prestará los servicios de salud, diferentes de las urgencias, mediante autorización previa, si existen instituciones prestadoras de servicios de salud contratadas para prestar el servicio.

ARTÍCULO 56°: TRANSPORTE. Los gastos de desplazamiento generados por las remisiones serán responsabilidad del afiliado cotizante. UNISALUD UPTC facilitará el servicio de ambulancia para el transporte de pacientes, con patología urgente, minusválido, discapacitado, y en caso de internación cuando se deba realizar algún examen especializado en otra institución y con previa autorización de UNISALUD UPTC.

ARTÍCULO 57°: EVALUACIÓN MÉDICO CIENTÍFICA. Cuando un paciente vaya a ser sometido a alguna actividad, intervención o procedimiento de cualquier tipo, si Auditoría Médica considera pertinente, podrá ser sometido a una evaluación médico científica por profesionales diferentes al tratante, con el fin de garantizar que dicha actividad, intervención o procedimiento, correspondan a los parámetros de calidad exigidos por UNISALUD UPTC.

ARTÍCULO 58°: MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS DE PROGRAMAS ESPECIALES. Es responsabilidad de UNISALUD garantizar el acceso y la administración de los medicamentos y biológicos de Programas Especiales incluidos en el Plan Beneficios de Salud y financiados con cargo a los recursos de la Nación, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

ARTÍCULO 59°: PRESCRIPCIÓN. La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

Parágrafo 1. En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios

ARTÍCULO 60°: GARANTÍA DE CONTINUIDAD A LOS MEDICAMENTOS. UNISALUD deberá garantizar al paciente ambulatorio de forma continua e ininterrumpida la continuidad del tratamiento iniciado en la modalidad hospitalaria o viceversa, según criterio del profesional tratante y la cobertura del Plan de beneficios de Salud.

ARTÍCULO 61°: DISPOSITIVOS MÉDICOS. En desarrollo del principio de integralidad establecido, Unisalud, debe garantizar los insumos, suministros y

Handwritten mark

materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.

ARTÍCULO 62º: MONTO DE LOS AUXILIOS.

1. AFILIADOS COTIZANTES. UNISALUD UPTC reconocerá a sus afiliados cotizantes los siguientes auxilios:

- a. Lentes correctores externos, cubrirá hasta 30.000 pesos m/c, una vez cada tres años 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.
- b. PRÓTESIS AUDITIVA: Se reconocerá hasta dos (2) S.M.L.M.V., cada cinco años por cada audífono formulado.

2. AFILIADOS BENEFICIARIOS. UNISALUD UPTC reconocerá a sus afiliados beneficiarios el siguiente auxilio:

- a. Los lentes correctores externos, cubrirá hasta 30.000 pesos m/c una vez cada tres años en los mayores de 12 años y para los menores de 12 años una vez cada año, 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.
- b. PRÓTESIS AUDITIVA: Se reconocerá hasta dos (2.) S.M.L.M.V. **cada cinco años**, por cada audífono formulado.

Parágrafo 1. Para acceder al auxilio de lentes o prótesis auditiva, la solicitud del servicio debe ser expedida por un profesional o IPS adscrito a la Red de UNISALUD U.P.T.C.

ARTÍCULO 63º: EXCLUSIONES DEL PLAN BENEFICIOS DE SALUD. Los recursos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

1. Todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, tecnologías, servicios no habilitados en el sistema de salud, experimentales (que no exista evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica) o no certificados por el INVIMA o la respectiva autoridad competente.
2. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros, cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y aquellos servicios que tengan que ser prestados en el exterior.
3. Aquellos servicios que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o complicaciones derivadas de estos y los demás establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.
4. Transporte terrestre o aéreo que no sea prescrito por el médico tratante y servicios que tengan que ser prestados en el exterior.



ARTÍCULO 64º: TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS. Sin perjuicio de las aclaraciones de cobertura del presente acto administrativo, en el contexto del Plan de Beneficios deben entenderse como no financiadas, aquellas tecnologías que cumplan las siguientes condiciones:

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 sistema de salud, 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 que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011.

ARTÍCULO 65º: CONCURRENCIA DE BENEFICIOS A CARGO DE OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN. Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas y en general, con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otras fuentes de financiación, la tecnología en salud deberá ser asumida por dichas fuentes de financiación de conformidad con la normatividad vigente.

ARTÍCULO 66º: ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL: Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el empleado una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aunque ocurra fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los empleados desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

Se entiende que los accidentes de trabajo no deben haber sido provocados deliberadamente o por culpa grave de la víctima.

ARTÍCULO 67º: ATENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS. La atención de los eventos de salud derivados de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito será efectuada inicialmente por la Institución Prestadora de Servicios de Salud que reciba al usuario, quien cobrará directamente a la Compañía Aseguradora que expide la Póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito del vehículo implicado en el Accidente o según sea el caso.

Una vez superados los montos establecidos en las normas vigentes sobre la materia, UNISALUD UPTC asumirá los costos de la atención de sus usuarios, siempre y

✓

cuando esos servicios estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de la entidad y a las tarifas establecidas por UNISALUD

Parágrafo 1: En caso de accidente de tránsito o evento catastrófico, el afiliado a UNISALUD UPTC se compromete a aportar todos los documentos necesarios para acreditar su condición, ante la Institución Prestadora de Servicios de Salud correspondiente.

ARTÍCULO 68º: CUOTAS MODERADORAS. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por UNISALUD.

ARTÍCULO 69º: COPAGOS. Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

ARTÍCULO 70º: APLICACIÓN DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS. Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Parágrafo 1. Es deber de afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.

Parágrafo 2. Las cuotas moderadoras y copagos se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, se cancelará en la IPS que preste la atención o se podrá consignar en la cuenta bancaria asignada por UNISALUD.

ARTÍCULO 71º: INGRESO BASE PARA LA APLICACIÓN DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS. Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización y los aportes adicionales del afiliado cotizante

ARTÍCULO 72º: PRINCIPIOS PARA LA APLICACIÓN DE CUOTAS MODERADORAS Y DE COPAGOS. En la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, deberán respetarse los siguientes principios básicos:

1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.
2. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.

ARTÍCULO 73º: SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS. Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios.

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de 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. El formato para dicha fórmula



5064

deberá incluir como mínimo tres casillas.

4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, 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 en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.

5. Exámenes de diagnóstico 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 en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos 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.

Parágrafo 1. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

Parágrafo 2. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

ARTÍCULO 74º: SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE COPAGOS. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente.

Parágrafo 1. Alto costo. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, entiéndase para efectos del cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo.

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
5. Reemplazos articulares.
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.
7. Manejo del trauma mayor.
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.
9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

ARTÍCULO 75º: MONTO DE CUOTAS MODERADORAS. Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6º del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado

4

cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea hasta a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, se cobrará el nivel A
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización se mayor de dos (2) y hasta cinco (5) salarios mínimos, se cobrará el nivel B
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, y hasta diez (10) salarios mínimos, se cobrará el nivel C
4. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes, se cobrará el nivel D.

ARTÍCULO 76°: MONTO DE COPAGOS POR AFILIADO BENEFICIARIO. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 10% de las tarifas pactadas por UNISALU con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 15% de las tarifas pactadas por UNISALUD con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 20% de las tarifas pactadas por UNISALUD con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo 1. Para efectos del presente Artículo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

ARTÍCULO 77°: TOPE MÁXIMO DE COPAGOS POR AFILIADO BENEFICIARIO. El valor máximo por año permitido por diferentes patologías por concepto de copagos se establece de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 460% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

ARTÍCULO 78°: MONTO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS. Las cuotas moderadoras y copagos se incrementarán a partir del primero de enero de cada año,



en el porcentaje que determine el Gobierno Nacional o la Junta Administradora. Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación del anterior porcentaje se ajustarán a la centena inmediatamente superior.

ARTÍCULO 79º: PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES DE LA UNIDAD DE SALUD. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de los afiliados a participar en las decisiones adoptadas que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud, así como en los planes para su implementación.
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento.
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos.
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías.
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud.
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud.
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

ARTÍCULO 80º: DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.
- b) 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.
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.
- d) A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud.
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;
- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.
- g) 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, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.
- h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.
- i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;
- j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine.
- l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones,

44

quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.

n) A qué se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.

o) A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

p) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.

q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.

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

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud.

e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema.

f) Cumplir las normas del Sistema de Salud.

g) Actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.

h) Suministrar la información de manera veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingresos

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

J) Informar oportunamente el fallecimiento del cotizante o de los beneficiarios anexando el registro civil de defunción

ARTÍCULO 81º: DEBERES DEL EMPLEADOR DENTRO DEL SISTEMA UNIVERSITARIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Como integrante del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, el empleador deberá:

1. Garantizar los mecanismos y procedimientos para la afiliación e inscripción a UNISALUD UPTC

2. Contribuir al financiamiento del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud; mediante las siguientes acciones:

a. Pagar cumplidamente los aportes que le corresponden.

b. Descontar de los ingresos laborales, de los afiliados a UNISALUD UPTC, las cotizaciones definidas en el presente Reglamento

c. Girar oportunamente los aportes y las cotizaciones a UNISALUD UPTC.

d. Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y de enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de Seguridad Industrial, y la observancia de las normas del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo.

e. Informar las novedades laborales de los afiliados cotizantes a UNISALUD UPTC, en materias tales como el nivel de ingresos, y sus cambios y retiros de trabajadores. Así mismo informar a sus empleados sobre las garantías que les asisten en el Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud.

5064

ARTÍCULO 82º: RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. UNISALUD UPTC reconocerá al afiliado cotizante los gastos en que incurra por su cuenta por concepto de atención de urgencia en una ciudad diferente a su residencia en el territorio nacional, en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud con la que no tenga contrato o convenio UNISALUD UPTC. También se reconocerá reembolso en los casos en que UNISALUD UPTC autorice previamente una atención específica y que no fuese posible prestar a través de la red de servicios propia.

Parágrafo 1: La solicitud de reembolso deberá presentarse en los quince (15) días calendario siguiente a la ocurrencia del evento, para lo cual el afiliado deberá presentar documento que acredite el pago de acuerdo a los requisitos de ley, certificación médica o historia clínica de la ocurrencia del hecho.

Parágrafo 2: El reconocimiento económico se hará de acuerdo a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Parágrafo 3: En ningún caso UNISALUD UPTC hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo dispuesto en el Presente Reglamento.

ARTÍCULO 83º: CANCELACIÓN DE CITAS ASISTENCIALES. En caso de no poder acudir a una cita asistencial este debe ser cancelada por lo menos con doce (12) horas hábiles de anticipación, de tal forma que permita la utilización del tiempo de servicio por otro afiliado que así lo requiera.

ARTÍCULO 84º: HISTORIA CLÍNICA. La historia clínica es un documento privado y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en el ARTÍCULO 34 de la Ley 23 de 1981.

ARTÍCULO 85º: DESTINACIÓN E INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente. Sobrevinientes.

ARTÍCULO 86º: TRAMITE DE QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS, CONSULTAS Y DERECHOS DE PETICION. Los afiliados, funcionarios y prestadores pueden formular quejas, reclamos, sugerencias, denuncias, consultas, derechos de petición y demás. Estas se pueden radicar por diferentes medios como son: de forma escrita o verbal, por la línea gratuita nacional, conmutador, telefax, formulario en línea correo electrónico, chat, el acceso a estos mecanismos se encuentra en el icono servicio al cliente de la página de la Universidad o en el link http://www.uptc.edu.co/quejas_reclamos_sugerencias/medios.html. También se cuenta con buzones físicos ubicados en distintas áreas de la Universidad, tal como se indica en la página web institucional.

ARTÍCULO 87º Participación Social. Los afiliados a UNISALUD UPTC contarán con los siguientes mecanismos para exigir el cumplimiento de los derechos frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- Rendición de cuentas
- Página Web: www.uptc.edu.co.

5064

- Línea de atención Unisalud.
- Atención personalizada en UNISALUD UPTC.
- Junta Administradora de Unisalud

ARTÍCULO 88°: La presente Resolución está sujeta a las modificaciones legales sobrevinientes.

ARTÍCULO 89°: VIGENCIA. La presente Resolución rige a partir de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias, especialmente la Resolución 5690 de 2017

Dada en Tunja, a los 20 SEP 2018

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE



**ENRIQUE VERA LOPEZ
RECTOR (E) UPTC**

 Reviso: Dr. Leonel Antonio Vega, Director Oficina Jurídica
Dra. Sandra Mariela Contreras P. Directora UNISALUD