



Uptc

Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia

Edificando
futuro

2828

RESOLUCIÓN No

(Tunja, 26 JUN 2012)

Por el cual se **Expedir y Adopta** el Manual 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 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 y derogados por el Acuerdo 063 de 2007

Que para la organización, dirección y funcionamiento del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, la Ley 647 del 28 de febrero de 2001, establece la obligación de crear una dependencia especializada de la misma.

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 dando cumplimiento al Acuerdo 063 de 2007 la Junta Administradora de UNISALUD UPTC, aprobó en Acta No. 03 con fecha de junio 04 de 2012 el Manual 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:

ARTICULO 1°: Expedir y Adoptar el Manual 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



www.uptc.edu.co

Avenida Central del Norte PBX 7422475/76



ARTICULO 2º. DEFINICIONES.

A) AFILIADOS (Ley 1443/2011): Son afiliados de la Unidad de servicios de salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores de la respectiva Universidad, y a las personas que al término de su relación laboral se encuentren afiliadas al Sistema Universitario de Salud y adquirieran el derecho a la pensión con la misma Universidad o con el Sistema General de Pensiones, con su respectivo grupo familiar.

Parágrafo 1: La unidad no tendrá afiliados distintos a los señalados por este artículo. Los afiliados no pensionados perderán ese carácter cuando por causas distintas a la pensión o jubilación dejen de pertenecer a la UPTC.

B) BENEFICIARIOS. El afiliado cotizante deberá 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, debe presentarse certificación de convivencia. 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 dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado
4. Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente según lo establecido en los términos del Decreto 2463 de 2001 y demás normas que lo modifiquen.
5. Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años de edad, cuando sean estudiantes y dependan económicamente del afiliado. Deben presentar los certificados de estudio en los meses de febrero y agosto, para demostrar que es estudiante activo en educación formal, Básica, Media o Superior por Instituciones aprobadas por el Ministerio de Educación, en el cual se cursen los estudios. Los hijos sin ningún tipo vinculación laboral remunerada, que dependan económicamente del afiliado cotizante y que habiendo aprobado las asignaturas del plan de estudios correspondientes a programas aprobados y registrados por el Ministerio de Educación y se encuentren cumpliendo con los requisitos de grado UNISALUD UPTC garantizará la prestación de los servicios médico asistenciales, a partir de la terminación de las asignaturas del plan de estudios, previa presentación de la certificación de la entidad educativa.
6. Los hijos del cónyuge ó de la compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales 3 y 4 del presente artículo.
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. Los nietos del afiliado siempre y cuando sean hijos de un beneficiario inscrito y aceptado por UNISALUD UPTC como tal y el afiliado cancele mensualmente por descuento de nómina, el equivalente a la Unidad de pago por capitación (UPC) establecida por la Comisión Reguladora en Salud (CRES), mientras el padre beneficiario conserve la calidad de tal.





9. A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste, el cotizante debe presentar una declaración de dependencia económica.

Parágrafo 2: No deben existir afiliaciones simultáneas con otra EPS de régimen contributivo o subsidiado o entidad de régimen de excepción.

Parágrafo 3: Se entiende que existe dependencia económica, cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia. Si se llegare a demostrar que el beneficiario afiliado no depende económicamente del afiliado principal, 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 4: Los hijos mayores de 18 años que no se encuentren estudiando deberá el afiliado cancelar mensualmente por descuento de nómina, el equivalente a la Unidad de pago por capitación UPC establecida por Comisión Reguladora en Salud –CRES-. UNISALUD no afiliara beneficiarios adicionales diferentes a los hijos y a los nietos.

Parágrafo 5: El vínculo del parentesco deberá acreditarse con el respectivo registro civil.

Parágrafo 6: Todo niño que nazca con posterioridad a la inscripción del grupo familiar, quedará automáticamente protegido si uno de los padres es afiliado cotizante a UNISALUD. Para recibir los beneficios a que tiene derecho deberá estar inscrito, y ser presentado el registro civil máximo 30 días después del nacimiento del beneficiario.

Parágrafo 7: Los beneficiarios entre los 18 y 25 años de edad, que dependan económicamente del afiliado cotizante, y adelanten estudios en el exterior, regularmente matriculados en programas formales conducentes a título oficialmente reconocido en Colombia, 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 8: (Art. 40 Decreto 806/1998) De los beneficiarios adicionales. Requisitos para ser beneficiarios adicionales. Para los efectos pertinentes, el afiliado a UNISALUD podrá inscribir en calidad de beneficiarios adicionales a aquel que se encuentre hasta el tercer grado de consanguinidad con el afiliado, siendo menor de edad y hasta cuando cumpla los dieciocho (18) años, siempre que no sea beneficiario de otro adulto que pertenezca al sistema contributivo y efectúe un aporte adicional correspondiente al valor equivalente a la UPC fijada por la Comisión de Regulación en Salud CRES o el organismo que lo reemplace para esas funciones.

ARTICULO 3: BENEFICIOS DE LOS AFILIADOS COTIZANTES A UNISALUD

UNISALUD UPTC garantizará a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

- A)** La prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y servicios adicionales aprobados.





- B)** El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional
- C)** El subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad y paternidad, el derecho al reconocimiento a las prestaciones económicas, lo cual requiere que el afiliado haya cotizado como mínimo por un periodo igual al periodo de gestación, o de lo contrario se procederá a efectuar el pago proporcional al número de semanas que haya cotizado.

Parágrafo 1: Los pensionados cotizantes y los miembros de su grupo familiar que no estén cotizando al sistema recibirán únicamente las prestaciones contempladas en el literal A) del presente Artículo

Parágrafo 2: UNISALUD UPTC no asumirá las prestaciones económicas (incapacidades), generadas por Cirugías Estéticas, tratamientos para infertilidad y/o sus complicaciones y en general por las actividades, procedimientos e intervenciones excluidas del Plan Obligatorio de Salud, las cuales serán asumidas en su totalidad por el afiliado cotizante.

ARTÍCULO 4º. COBERTURA FAMILIAR CUANDO LOS DOS CÓNYUGES COTIZAN A UNISALUD UPTC. Cuando los dos cónyuges ó compañeros permanentes son afiliados cotizantes a UNISALUD UPTC, los miembros del grupo familiar básico podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso se podrá inscribir como beneficiarios en el grupo familiar, a los padres de uno de los cónyuges cotizantes, que dependan económicamente de éste y que no sean cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concurrencia con los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges afiliados cotizantes sea mayor o igual al 150% de las Unidades de Pago por Capitación, correspondientes a los miembros del grupo familiar, con derecho a ser inscritos incluyendo los cónyuges y los padres que se van a afiliarse.

Parágrafo 1: Si uno de los cónyuges pierde la calidad de afiliado cotizante, los beneficiarios del grupo familiar básico, quedarán inscritos en cabeza del cónyuge afiliado que continúe cotizando y si se encuentran los padres afiliados por este cotizante, podrán continuar siendo beneficiarios cancelando una UPC adicional por cada uno.

ARTICULO 5 . DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR PARA LA AFILIACION.

Para la inscripción del afiliado cotizante y su grupo familiar debe anexar

COTIZANTE (trabajador o pensionado)

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
- ◆ Registro Civil de matrimonio o declaración de unión libre, firmado por los dos.

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. Estos beneficiarios tienen derecho de permanecer afiliados hasta los 18 años de edad. (Art. 34 Decreto 806/98)
- ◆ Declaratoria de salud
- ◆ Fotocopia del registro civil de nacimiento, donde conste el nombre de los padres.

Beneficiarios - HIJO MAYOR DE 18 AÑOS DISCAPACITADO

- ◆ 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.
- ◆ Certificado médico de discapacidad 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 a 50%.

Beneficiarios - HIJO ENTRE 18 Y 25 AÑOS ESTUDIANTE

- ◆ Fotocopia del documento de identidad.
- ◆ Declaratoria de salud
- ◆ Fotocopia del registro civil de nacimiento, donde conste el nombre de los padres.
- ◆ Certificado de estudio en donde conste que está adelantando un programa educativo sin importar la jornada (diurna, nocturna), sistemas horarios (tiempo completo, medio tiempo, por horas, módulos, etc.), esquemas asistenciales (presencial, semi presencial, virtual, a distancia), niveles académicos (cursos





de capacitación, técnico, tecnológico, superior) y en general bajo cualquier otra modalidad de formación pedagógica ofrecida por una institución debidamente autorizada o esté cumpliendo con los requisitos de grado.

Beneficiarios - HIJO MAYOR DE 18 AÑOS NO ESTUDIANTE (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.

Beneficiarios - PADRES CUANDO EL COTIZANTE ES SOLTERO Y SIN HIJOS

- ◆ Fotocopia del documento de identidad.
- ◆ Declaratoria de salud
- ◆ Certificado de dependencia económica.
- ◆ Fotocopia del registro civil de nacimiento, donde conste el nombre de los padres.

ARTICULO 6: SUSPENSIÓN DE LA AFILIACION. La afiliación será suspendida cuando no se presenten los soportes exigidos para los beneficiarios, establecidos en la presente Resolución. La prestación de los servicios de salud, que requieran los beneficiarios suspendidos por esta causa, estará a cargo del afiliado cotizante, del cual dependen.

Parágrafo 1: 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.

ARTICULO 7: DESAFILIACION. La desafiliación a UNISALUD ocurre en los siguientes casos.

- Para los beneficiarios, cuando transcurren tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de afiliación requeridos por UNISALUD UPTC.
- En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios.
- Cuando el trabajador pierde el vínculo laboral con la UNIVERSIDAD UPTC
- Cuando se constate inexactitud en la solicitud de afiliación en alguno de los factores que definen la condición de afiliado o de beneficiario o se verifique que el interesado carecía de derecho a ser inscrito.

ARTICULO 8: PROCEDIMIENTO PARA LA DESAFILIACIÓN. Para efectos de la desafiliación UNISALUD UPTC enviará de manera previa a la última dirección del afiliado, con antelación no menor a 30 día, 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 afiliar 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 9: 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.

ARTÍCULO 10°. MONTO DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados cotizantes a UNISALUD UPTC, será del doce punto cinco por ciento (12.5%) del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente. La cotización a cargo del empleador será del ocho punto cinco por ciento (8.5%) y a cargo del empleado el cuatro por ciento (4%). Un uno punto cinco por ciento (1.5%) de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía, dentro de los términos establecidos en la Ley.

Parágrafo 1°: En el caso del cotizante pensionado o sustituto pensional, el once (11%) estará a su cargo.

Parágrafo 2°. (Artículo 1 de la Resolución 3266 del 24 de Agosto de 2011) Los servidores públicos docentes, los servidores públicos no docentes, los trabajadores oficiales 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 deberá comunicar por medio escrito a la Dirección de UNISALUD, su intención inequívoca 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 deberá efectuar directamente a UNISALUD el aporte sobre el ultimo ingreso base de cotización correspondiente en forma mensual y anticipada; 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.





Seguridad Social en Salud interrumpidamente un mínimo de cuatro (4) semanas sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones económicas.

2. Licencias de maternidad. El derecho al reconocimiento de las prestaciones económicas por licencia de maternidad requerirá que la afiliada cotizante haya aportado a UNISALUD UPTC o al Sistema General de Seguridad Social en Salud como mínimo por un período igual al período de gestación, o de lo contrario se efectuara el pago proporcional al tiempo de cotización.

3. Licencias de paternidad. El afiliado cotizante durante la época del parto de su esposa o compañera, tendrá derecho a licencia remunerada de paternidad por ocho (8) días hábiles. La licencia remunerada de paternidad requerirá que el padre haya cotizado efectivamente dentro de las cien semanas previas al reconocimiento de la licencia. La licencia remunerada de paternidad es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento del hijo, estos días serán descontados de la licencia remunerada de paternidad.

El único soporte válido para el otorgamiento de licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento del hijo, el cual deberá presentarse ante UNISALUD UPTC a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento del menor.

Parágrafo 1: La solicitud de pago y disfrute de las licencias de maternidad y paternidad, se deberán efectuar durante los 84 días siguientes al nacimiento del niño.

Parágrafo 2: Toda certificación por incapacidad debe ser expedida por profesionales adscritos a través de la Red Prestadora de Servicios de Salud. Para su validez, deberá ser presentada ante UNISALUD UPTC durante los tres días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho anexando copia del documento de identidad y si es mayor a tres días copia de la epicrisis expedida por el médico tratante.

Parágrafo 3: 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 4: No habrá lugar al reconocimiento de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones.

Parágrafo 5: UNISALUD transcribirá la incapacidad generada por accidente de trabajo ò enfermedad profesional pero la Administradora de Riesgos Profesionales es la responsable de cancelarla.

ARTÍCULO 16°. COBERTURA. El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, condicionado a que se entregue a UNISALUD UPTC, debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación. No obstante, la cobertura durante los primeros treinta (30) días será únicamente en los servicios de urgencias vital. El resto de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, les serán brindados treinta (30) días después, siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva.

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 efectiva la aportación para salud 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 17°. 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 doce (12) meses anteriores.

Parágrafo: 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 18°. BENEFICIOS DURANTE EL PERÍODO DE PROTECCIÓN LABORAL. Durante el período de protección laboral, al afiliado cotizante y su núcleo familiar, sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso, la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período descrito, correrán por cuenta del afiliado cotizante.

Parágrafo 1: Durante el período de protección laboral, los afiliados cotizantes no tendrán derecho al reconocimiento de las prestaciones económicas.

ARTÍCULO 19°. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. Todos los afiliados a UNISALUD UPTC gozarán de los contenidos esenciales previstos en el capítulo III de la Ley 100 de 1993 ó demás normas que adicionen o modifiquen. Este Plan permitirá la protección integral de las familias, a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, en los diferentes niveles de atención y complejidad establecidos en las normas vigentes.

Parágrafo 1: UNISALUD UPTC prestará a sus afiliados los servicios médico asistenciales exclusivamente dentro del territorio nacional y con las condiciones de tecnología existentes en el país.

ARTÍCULO 20°. ACCESO A LOS SERVICIOS. Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del Plan Obligatorio de Salud, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio, las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica, del primer nivel de atención que se presta en la entidad. Se exceptúan solamente las atenciones de urgencias, pediatría para beneficiarios entre los 0 – 10 años de edad y gestantes para consulta de ginecobstetricia.





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. (Acuerdo 029/2011) 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 Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 23°. ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO. Las remisiones de usuarios a niveles 2 y 3, deberán ser previamente autorizadas por UNISALUD. El afiliado deberá llevar debidamente diligenciada y firmada la orden de autorización; las citas de control también deben ser autorizadas.

Parágrafo 1: UNISALUD UPTC no reconocerá gastos por concepto de consulta médica especializada, exámenes paraclínicos, procedimientos diagnósticos, quirúrgicos, farmacoterapia u hospitalización en la prestación de servicios médico asistenciales, si no han sido autorizados previamente

ARTÍCULO 24°. 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 contratada, para prestar el servicio

ARTÍCULO 25°. 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 26°. 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 27°. PRINCIPIOS ACTIVOS Y MEDICAMENTOS. Los principios activos y medicamentos señalados en el Anexo 01 del Plan Obligatorio de Salud hacen parte de éste y deben ser entregados por UNISALUD. Los medicamentos de los programas especiales están financiados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 1. El POS incluye los principios activos contemplados en el Anexo 01 del Acuerdo 029 de 2011. La prescripción se realizará siempre utilizando la denominación común internacional exclusivamente. Al paciente le será suministrada cualquiera de las alternativas autorizadas por el INVIMA del principio activo, forma farmacéutica y concentración prescritos, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca).

PARÁGRAFO 2. 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 ni el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración y deberá hacerse con monitoreo clínico y paraclínico.

PARÁGRAFO 3. Se consideran no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud las combinaciones de los principios activos que se describen en el Anexo 01 del Acuerdo 29 de 2011, salvo excepciones expresas contenidas en este Acuerdo.

PARÁGRAFO 4. En los casos en que un principio activo incluido en el listado del Plan Obligatorio de Salud incluya una sal o un éster, el medicamento prescrito deberá mantener el mismo principio activo con la sal o éster descrito en el Plan Obligatorio de Salud.

PARÁGRAFO 5. Los medicamentos descritos en el Anexo 01 del presente Acuerdo están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cualquiera que sea el origen, la forma de fabricación o el mecanismo de producción del principio activo.

PARÁGRAFO 6. Los principios activos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud deben ser empleados estrictamente en las indicaciones consignadas en el registro sanitario expedido por el INVIMA a la fecha de entrada en vigencia del presente Acuerdo.

PARÁGRAFO 7. Para efectos de la cobertura de lo señalado en el Anexo 01 del Acuerdo 29 de 2011, en la forma farmacéutica "Tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco", entiéndase que incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido.

ARTÍCULO 28. 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 Obligatorio 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 29. 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 Obligatorio de Salud.





ARTÍCULO 30. MEDIOS DIAGNÓSTICOS. Los medicamentos y soluciones o sustancias diferentes a medios de contraste, que se encuentren descritos en el Anexo 01 del Acuerdo 029 de 2011 están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y para la práctica de las tecnologías en salud de carácter diagnóstico, contenidas en este Acuerdo.

Parágrafo 1: El suministro de la medicación prescrita, únicamente tiene validez de setenta y dos (72) horas a partir de la fecha de expedición. Pasado éste término, el interesado se deberá someter a nuevo control para confirmar la prescripción médica.

Parágrafo 2: Se establece 24 horas como máximo plazo para la entrega de medicamentos pendientes por parte del proveedor contratado por UNISALUD

ARTÍCULO 31°. APARATOS ORTOPÉDICOS. (Acuerdo 029/2011) En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas las prótesis y ortesis ortopédicas y otras estructuras de soporte para caminar, siendo excluidas todas las demás. En aparatos ortopédicos se suministrarán muletas, caminadores y bastones, siendo excluidas todas las demás y en concordancia con las limitaciones explícitas establecidas en el presente Acuerdo.

PARÁGRAFO. Las tecnologías en salud descritas en el presente artículo se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con el compromiso de devolverlas en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario deberán ser restituidas en dinero por su valor comercial.

ARTÍCULO 32°. 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 y medio (2.5) S.M.L.M.V. por una sola vez en la vida, por cada audífono formulado.

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

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.

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





Parágrafo 2. Para acceder al auxilio de audífonos, el cotizante debe cancelar al prestador, y el valor del auxilio será reembolsado por UNISALUD, presentando la factura en original con sello de cancelado.

ARTÍCULO 33. MEDICINA ALTERNATIVA. UNISALUD podrá incluir la utilización de medicinas alternativas en su red de servicios, por parte de los prestadores que la conforman, 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 34. REINTERVENCIONES. (Acuerdo 029/2011) El Plan Obligatorio de Salud cubre las reintervenciones que sean necesarias conforme a la prescripción del profesional tratante en los siguientes casos:

1. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan Obligatorio de Salud.
2. Que la segunda intervención esté incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 35. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN. Es la modalidad de atención en salud, en la cual toda actividad, procedimiento y/o intervención se efectúa con la estadía del paciente, en un servicio de internación o de hospitalización.

ARTÍCULO 36. COBERTURA DE INTERNACIÓN. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas según la normatividad vigente. (Acuerdo 029/2011)

Parágrafo 1. El Plan Obligatorio de Salud reconoce a los afiliados la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

Parágrafo 2. Para la realización y/o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud 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 Obligatorio de Salud cubre la internación 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.

ARTÍCULO 37. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. (Acuerdo 029/2011) El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

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

Parágrafo 1. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, y adicionales a las coberturas establecidas en el POS.





ARTÍCULO 38. SALUD ORAL. (Acuerdo 029/2011) *UNISALUD* cubre en salud oral, las actividades, procedimientos e intervenciones como están descritas en el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo. Para el caso de operatoria dental, cubre las obturaciones definitivas que sean necesarias a criterio del odontólogo tratante.

PARÁGRAFO 1. Las obturaciones temporales que el profesional considere necesarias antes de las definitivas, son actividades que forman parte integral del procedimiento de operatoria dental.

PARÁGRAFO 2. Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del odontólogo tratante; se entiende que éstas se encuentran incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 39. COBERTURA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. La atención en la modalidad domiciliaria estará cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecidas en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 40. COBERTURA DE LA ATENCIÓN DE PACIENTE CRÓNICO SOMÁTICO. El paciente crónico somático que sufre un proceso incurable, o con discapacidad que limite su acceso al servicio intramural, previo concepto del profesional tratante, podrá ser tratado en forma integral con el personal profesional, técnico y auxiliar calificado del sector salud, en su domicilio, con la participación activa del grupo familiar o su cuidador.

ARTÍCULO 41. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos y 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. El servicio de traslado de pacientes, cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con base en el estado de salud del paciente, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión y de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

Parágrafo 1. Si en criterio del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del según el caso. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.

Parágrafo 2. Si realizado el traslado, el prestador del servicio, encuentra casos de cobertura parcial o total, por seguros de accidente de tránsito, seguros escolares y similares, el valor del transporte deberá ser asumido por ellos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud en los términos de la cobertura del seguro y la normatividad vigente.





ARTÍCULO 42. COBERTURA DE ATENCIÓN DE TRASPLANTES E INJERTOS. En caso de los trasplantes cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, la prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano o tejido del donante identificado como efectivo.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación cuya atención integral estará a cargo de UNISALUD.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuado, según tecnología disponible en el país, del órgano o tejido a trasplantar.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Actividades, procedimientos e intervenciones para preparar al paciente y para la atención o control postrasplante.
6. Actividades, procedimientos y/o intervenciones complementarios adecuados durante el trasplante.
7. Los medicamentos y procedimientos están sujetos a que estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo 1. UNISALUD no está obligada a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.

ARTÍCULO 43. INJERTOS O IMPLANTES. En caso de procedimientos que conlleven la realización o uso de injertos o implantes biológicos, la cobertura en el Plan Obligatorio de Salud incluye los procedimientos de la toma del tejido de un donante humano, es decir, autoinjertos o injertos homólogos. En el caso de injertos no biológicos o heterólogos o alogénicos, solamente cubrirá los establecidos en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 44. SUMINISTRO DE SANGRE TOTAL O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS. UNISALUD cubre los productos de banco de sangre listados en el Plan Obligatorio de Salud

PARÁGRAFO. Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud correspondientes al banco de sangre listadas en el Acuerdo 029 de 2011, los prestadores de servicios de salud y UNISALUD no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud.

ARTÍCULO 45. DISPOSITIVOS. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el Artículo 5 del Acuerdo 029 de 2011, UNISALUD debe garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de curación, y en general los dispositivos médicos y/o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización y/o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este mismo Acuerdo.

ARTÍCULO 46. PRÓTESIS DENTALES. El Plan Obligatorio de Salud cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales descritas en los anexos 02 y 03 del Acuerdo 029 de 2011 para los afiliados de UNISALUD. El odontólogo tratante debe determinar la indicación clínica de la prótesis.





PARÁGRAFO. Para obtener la cobertura descrita en el presente artículo, los afiliados cotizantes a UNISALUD deben tener un ingreso base de cotización inferior o igual a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta cobertura se extiende a los beneficiarios debidamente registrados de estos cotizantes. (Acuerdo 029/2011)

ARTÍCULO 47. CUIDADOS PARA ENFERMEDADES TERMINALES. UNISALUD brindará en el Plan Obligatorio de Salud soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento y soporte psicológico de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del médico tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el Plan obligatorio de Salud

ARTÍCULO 48. ALTO COSTO. (Acuerdo 029/2011) Para efectos de las cuotas moderadoras y copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos en el Plan Obligatorio de Salud corresponden a:

1. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea y de 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 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 49. GRAN QUEMADO. Para efecto del cubrimiento, se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2º y 3º grado en más de 20% de superficie corporal.
2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo. (Acuerdo 029/2011)

ARTÍCULO 50. EXCLUSIONES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. DEFINICIÓN. (Acuerdo 029/2011) Serán exclusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Servicios en Salud todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o complicaciones derivadas de estos.





En ningún caso UNISALUD UPTC asumirá actividades, procedimientos, medicamentos o intervenciones de carácter experimental o no aceptado por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las Sociedades Científicas, Colegios de Médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Estarán expresamente excluidas las que se describen a continuación:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
2. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
3. Diagnóstico y tratamientos para la infertilidad.
4. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
5. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en el presente Acuerdo.
6. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
7. Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
8. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente Acuerdo.
9. Tratamiento con psicoanálisis.
10. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente Acuerdo.
11. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
12. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.
13. Tecnologías en salud de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintas a las necesarias de acuerdo a la evidencia clínica debidamente demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
14. Pañales para niños y adultos.





15. Toallas higiénicas.
16. Artículos cosméticos.
17. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
18. Líquidos para lentes de contacto.
19. Tratamientos capilares.
20. Champús de cualquier tipo.
21. Jabones.
22. Cremas hidratantes.
23. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
24. Medicamentos o drogas para la memoria.
25. Medicamentos para la disfunción eréctil.
26. Medicamentos anorexígenos.
27. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
28. Enjuagues bucales y cremas dentales.
29. Cepillo y seda dental.
30. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
31. El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud.
32. Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las tecnologías en salud descritas en el presente Acuerdo.
33. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.
34. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor. (Acuerdo 029/2011)

ARTICULO 51. UNISALUD acoge en su integridad el TITULO IV del Acuerdo 029 de 2011 que tiene a Coberturas Especiales para los Menores de 18 Años.





ARTÍCULO 52. ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL: 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.

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

Parágrafo 1: UNISALUD UPTC proporcionará sin demora al afiliado cotizante accidentado o que padezca enfermedad profesional la asistencia inmediata; el costo de los servicios prestados será recobrado por UNISALUD UPTC a la Administradora de Riesgos Profesionales correspondiente. En todo caso la asistencia posterior será responsabilidad de la Administradora de Riesgos Profesionales.

Parágrafo 2: La responsabilidad de la Administradora de Riesgos Profesionales incluye no solo la prestación de los servicios médico asistenciales, sino también los subsidios económicos e indemnizaciones o pensiones a que haya lugar con ocasión del siniestro laboral o de la enfermedad profesional.

ARTÍCULO 53. 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 y/o al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), 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 54. OTROS PLANES DE BENEFICIOS. (Acuerdo 029/2011) Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas, Planes Voluntarios de Salud y en general con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes, la tecnología en





salud deberá ser asumida por éstos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud, en los términos de la cobertura del plan y la normatividad vigente.

ARTÍCULO 55. DEBERES DE LOS AFILIADOS. Son deberes de los afiliados, cotizantes y beneficiarios, con el Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la del grupo familiar.
2. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud, y sobre los ingresos base de cotización.
3. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refieren las normas del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, y el presente Reglamento.
4. Cumplir las normas, los reglamentos y las instrucciones de las instituciones y de los profesionales que les prestan atención en salud.
5. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación y los servicios de salud.
6. Tratar con dignidad al personal que los atiende, y respetar la intimidad de los demás pacientes.
7. Pagar oportunamente el valor de las cotizaciones así como de las cuotas establecidas en el presente reglamento.
8. Cancelar las citas odontológicas, médicas, de especialistas y de promoción y prevención programadas en la IPS, en caso de no poder cumplir la cita avisando a la IPS mínimo 12 horas antes de la hora programada.

ARTÍCULO 56. DERECHOS DE LOS AFILIADOS. Son derechos de los afiliados:

1. Los que establecen la Constitución Política, las Leyes y la normatividad vigente, con relación al servicio público de la salud.
2. Recibir de UNISALUD los beneficios, los recursos y las tecnologías disponibles para atender su enfermedad, mejorar su salud y prevenir complicaciones, con base en los conocimientos científicos vigentes y en la organización de las instituciones por grado de complejidad, según las disposiciones vigentes.
3. Recibir los servicios prestados con la calidad y la oportunidad requeridas.
4. Escoger libremente al profesional para la atención de su necesidad, de acuerdo con las opciones de disponibilidad existentes en UNISALUD UPTC
5. Tener derecho a recibir instrucciones y apoyo acerca de la forma de proteger, mantener, mejorar y restablecer su salud.
6. Recibir de UNISALUD UPTC un manejo confidencial de la información relacionada con su situación personal, de conformidad con las normas éticas y legales existentes.
7. Recibir un trato amable, considerado y respetuoso.

ARTÍCULO 57. 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 de Salud Ocupacional de la Seguridad Social.
- f. 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.

ARTÍCULO 58. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. UNISALUD UPTC reconocerá al afiliado cotizante los gastos en que incurra por su cuenta por concepto de atención de urgencias 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 59. CANCELACIÓN DE CITAS ASISTENCIALES. En caso de no poder acudir a una cita asistencial esta 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. En caso de inasistencia o cuando la cancelación no se realice en el tiempo estipulado será considerada incumplimiento.

ARTÍCULO 60. SANCIONES. El incumplimiento injustificado a consultas, terapias, exámenes diagnósticos o cualquier tipo de servicios previamente solicitados, dará lugar a la aplicación de siguientes sanciones pedagógicas.

ARTÍCULO 61. CUOTA MODERADORAS Y COPAGOS. Se entiende por cuota moderadora los aportes en dinero que deben realizar los Afiliados Cotizantes y Beneficiarios, de acuerdo con el ingreso Base de Cotización del Afiliado Cotizante.

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.





Los servicios a los que se aplicará pago de Cuotas Moderadoras son:

- Consulta externa: medicina General, Medicina Especializada, odontológica u otros profesionales de la salud.
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta.
- Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico e 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.
- 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.

El copago son aportes en dinero que deben realizar exclusivamente los Afiliados beneficiarios, de acuerdo con el Ingreso Base de Cotización del Afiliado Cotizante. Los valores de los Copagos corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Los servicios a los que se aplicará Copagos son:

- Hospitalización y Cirugía.
- Procedimientos Ambulatorios.
- Exámenes diagnósticos diferentes a laboratorio clínico e imagenología simple.
- Complementación Terapéutica.
- Tratamiento Odontológico.

Y todos los demás servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, con excepción de:

- Servicios de promoción y prevención
- Programas de control en atención materno infantil
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
- Enfermedades catastróficas o de alto costo
- Atención inicial de urgencias y aquellos servicios sujetos al cobro de

Parágrafo 1: Las cuotas moderadoras y copagos se incrementarán a partir del primero de enero de cada año, en el porcentaje que determine el Gobierno Nacional, según la normatividad vigente. 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 62. 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 la





ARTÍCULO 63. La presente Resolución está sujeta a las modificaciones legales sobrevinientes.

ARTÍCULO 64. La presente Resolución rige a partir de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias en especial la Resolución 4087 de 2010.

Dada en Tunja, a los

26 JUN 2012

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE


GUSTAVO ORLANDO ALVAREZ
RECTOR

Proyectó: SMCP/LMPV 
Revisó: Liliana Fontecha/Jefe Oficina Jurídica 

