



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7



SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL - GRUPO DE ASEGURAMIENTO

Abreviaturas

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SAT: Sistema de Afiliación Transaccional

EPS: Entidad Promotora de Salud

EOC: Entidad Obligada a Compensar

PILA: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes

UPC: Unidad de Pago por Captación

INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

UGPP: Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social

FOSFEC: Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

FNSPPL: Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

¿Cómo se define la afiliación al SGSSS?

Como un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, el cual implica la declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado.



¿Cómo se efectúa la afiliación al SGSSS?

Mediante el registro en el SAT y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud-EPS o Entidad Obligada a Compensar-EOC. Hasta tanto entre en Operación el SAT, la afiliación se efectuará con el diligenciamiento, suscripción y radicación en la EPS del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, hoy adoptado en la Resolución 974 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La afiliación automática del recién nacido se efectúa de la misma manera: diligenciamiento, suscripción y radicación en la EPS del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, hasta tanto entre en operación el SAT; cuando esté operando: mediante registro en el SAT e inscripción en una sola EPS. El trámite lo llevan a cabo los cotizantes o cabeza de familia.

¿Cómo afiliarse al Régimen Subsidiado?

Para afiliarse al REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD debe tener aplicada la encuesta SISBEN que quiere decir: Sistema de Selección de Beneficiarios y permite establecer en qué nivel se encuentra. Esta encuesta es la puerta de entrada a los programas sociales que ofrece el Estado para las personas con más necesidades. Dentro de esos programas esta la salud a través del Régimen Subsidiado de Salud, que le permite contar con los servicios ofrecidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

La encuesta SISBEN, la aplica la Secretaría Municipal de Planeación, y si a usted aún no se le han aplicado (no ha sido identificado como posible beneficiario de los subsidios), o requiere que le actualicen el nivel del SISBEN, debe presentar ante esta entidad en la sede centro comercial Andrés López de Galarza, ubicado en la Carrera 3ª con Calle 19 de la ciudad, un recibo de servicio público y una copia de su documento de identificación. Para mayor información llame a la **Línea 2611728**.

Usted puede hacer parte del RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD, si es identificado en los niveles 1 o 2 por encuesta del SISBEN y no está afiliado al Régimen Contributivo o al régimen especial.

Igualmente, pueden afiliarse a este Régimen las personas que hacen parte de grupos especiales como: desmovilizados, indígenas, habitantes de la calle, niños en protección del ICBF y desplazados.



¿Qué se debe tener en cuenta para afiliarse?

Como beneficiario de este régimen, usted debe afiliarse a una Empresa Promotora de Salud Subsidiada (EPS-S) y para hacerlo debe estar atento a las convocatorias que realiza la Secretaría Distrital de Salud, para que los beneficiarios de los subsidios, puedan gozar de los servicios de salud en una **EPS-S**.

Al momento de elegir su EPS Subsidiada tenga en cuenta:

- Qué EPS-S prestan servicios de salud en la localidad donde vive.
- Cuáles hospitales, clínicas e instituciones de salud tienen contrato con la EPS-S que escogió. • Se debe elegir sólo una EPS-S.
- Que la EPS-S tenga una oficina de atención al usuario cerca de su domicilio.
- Solo debe entregar la fotocopia de su documento de identidad y de su grupo familiar. • No necesita contestar ninguna encuesta, ni intermediarios.
- La entrega del carné es directamente al beneficiario y no tiene ningún costo.
- Todas las EPS-S prestan los mismos servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS).

¿Cómo averiguo sobre mi estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud?

En el FOSYGA se podrá consultar la página Internet www.fosyga.gov.co y verificar la base de datos única de afiliados (BDUA) del régimen contributivo y régimen subsidiado a nivel Nacional o directamente en la Dirección de aseguramiento de la Secretaría de Salud Municipal.

¿Cómo averiguo los resultados de la encuesta SISBEN?

En la página: <https://www.sisben.gov.co/ConsultadePuntaje.aspx>, donde el usuario podrá imprimir certificación del puntaje y fecha de encuesta.

¿Quiénes NO tienen derecho a los Subsidios de Salud del Régimen Subsidiado?

Independientemente del puntaje del Sisbén, no tienen derecho al régimen subsidiado las personas que tengan vínculo laboral vigente, o quienes perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, quienes estén pensionados, o quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a cualquiera de los regímenes de excepción.



¿Quiénes están obligados afiliarse al SGSSS?

Todos los residentes en Colombia, salvo aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los Regímenes Exceptuados o Especiales establecidos legalmente.

¿La EPS puede exigir como requisito para la afiliación la declaración del estado de salud?

En ningún caso las EPS podrán exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o el traslado de EPS. El incumplimiento de esta prohibición dará lugar a las investigaciones y sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Con posterioridad a la afiliación la EPS podrá levantar la información sobre el estado de salud de los afiliados con el objeto de administrar el riesgo en salud.

¿Cuándo inicia la cobertura en salud para los afiliados?

El afiliado y los integrantes del núcleo familiar tendrán derecho a la cobertura plena de los servicios de salud del Plan de Beneficios a partir de la fecha de la afiliación o de la fecha de efectividad del traslado o de la movilidad. Este es un avance importante ya que antes del Decreto 2353 en el Régimen Contributivo se cubría solamente urgencias en el primer mes de afiliación.

¿Se amplió la composición del núcleo familiar del cotizante?

Ahora podrán permanecer como beneficiarios los hijos menores de veinticinco (25) años de edad que dependen económicamente del cotizante sin que sea necesario acreditar la calidad de estudiante; además, podrán incluirse como beneficiarios a los nietos mientras la madre o el padre tenga la condición de beneficiario; los sobrinos y hermanos menores de veinticinco (25) años de edad o de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante si los padres han fallecido o han perdido la patria potestad o están ausentes; y los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente.



¿Cómo se realiza la inscripción de los beneficiarios?

Mediante el diligenciamiento por el afiliado cotizante o cabeza de familia del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS (Resolución 974 de 2016) y la presentación del documento que acredite la calidad de beneficiario. Cuando entre en operación el SAT, la inscripción de beneficiarios se realizará mediante el registro de cada uno de los miembros que conforman el núcleo familiar en dicha plataforma. Para la afiliación automática del recién nacido procede su inscripción como beneficiario.

¿En qué casos el afiliado al SGSSS debe presentar o actualizar el documento de identidad?

Es obligación de los afiliados aportar los documentos que permitan su correcta identificación y validación en el SGSSS, por lo tanto, si estos datos quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad o estos se modifican o se produce el cambio de documento, el afiliado debe:

- Si los datos básicos de identificación (Apellidos, nombres, fecha de nacimiento, sexo, tipo y número de documento de identificación) del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, el afiliado debe reportar la novedad a la EPS la novedad de “Corrección de datos básicos” de identificación en el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y anexar la copia del documento de identidad.

- Si el afiliado ha cambiado de nombres, o de apellidos, o de sexo, debe reportar a la EPS la novedad de “Modificación de datos básicos de

Identificación” en el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y anexar la copia del documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas.

- Si el afiliado cumplió la edad que le obliga a cambiar de documento de identidad (Registro Civil de Nacimiento por Tarjeta de Identidad o Tarjeta de

Identidad por Cédula de Ciudadanía) o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia del documento de identificación debe reportar a su EPS la novedad de



“Actualización del documento de identidad” en el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y anexar la copia del documento actualizado.

- Recuerde: Mientras entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), el afiliado debe presentar a la EPS copia de los documentos de identidad, pues aún no está en línea la consulta sobre documentos, por parte de la EPS.

¿Cuándo se realiza la afiliación del recién nacido?

Todo recién nacido desde su nacimiento quedará afiliado y será inscrito en la EPS donde se encuentre inscrita la madre, 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 detente su custodia. La EPS deberá garantizarle desde ese momento, la prestación de todos los servicios de salud del Plan de Beneficios.

¿Qué documento se necesita para la afiliación del recién nacido?

El Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el Certificado de Nacido Vivo. En todo caso, los padres del recién nacido o en ausencia de éstos quien tenga su custodia o cuidado personal deberán aportar el registro civil de nacimiento a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a su nacimiento.

¿Puede una persona pertenecer simultáneamente al Régimen Subsidiado y al Régimen Contributivo?

Ninguna persona puede estar simultáneamente en el Régimen Subsidiado y en el Régimen Contributivo, ni inscribirse en más de una EPS. Por lo tanto, si una persona cumple las condiciones para cotizar deberá pertenecer obligatoriamente al Régimen Contributivo.



Así mismo, si una persona reúne simultáneamente, las condiciones para pertenecer a un Régimen Exceptuado o Especial y al Régimen Contributivo, deberá permanecer en el Régimen Exceptuado o Especial.

¿Qué se entiende por novedad en el SGSSS?

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

¿Cómo se realiza el reporte de novedades en el SGSSS?

El reporte se hace mediante el diligenciamiento, suscripción y radicación por el afiliado cotizante o cabeza de familia del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS ante la EPS, una vez entre en operación el SAT éste se efectuará por esta plataforma.

¿Qué se entiende por traslado en el SGSSS?

El traslado es el cambio de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o el cambio de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS siempre que se cumplan las condiciones previstas para el mismo.

¿Cuáles son las condiciones para el traslado?

Para ejercer el derecho al traslado, el afiliado cotizante o cabeza de familia debe:

- Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de un (1) año contado a partir del momento de la inscripción.



- No estar internado en una institución prestadora de servicios de salud, lo cual también aplica a cualquier miembro de su núcleo familiar.
- Estar a paz y salvo el trabajador independiente en el pago de las cotizaciones al SGSSS.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todos los integrantes de su núcleo familiar.

¿Desde cuándo se cuenta el tiempo mínimo de permanencia?

El período mínimo de permanencia de un (1) año para tener derecho al traslado, solo se exigirá respecto del cotizante o cabeza de familia y se contará a partir de su inscripción en la EPS. El año de permanencia consiste en un periodo de 360 días continuos o discontinuos.

- Cuando un beneficiario hijo(a) adquiere empleo, el año de permanencia se contará desde su inscripción como beneficiario.

¿A partir de qué momento la EPS debe garantizar los servicios de salud después del traslado?

Desde el momento en que se hace efectivo el traslado, la EPS deberá garantizar al afiliado cotizante y a los miembros de su núcleo familiar la prestación de todos los servicios del Plan de Beneficios.

¿Qué es la movilidad en el SGSSS?

La movilidad en el SGSSS es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS cuando se trate de afiliados clasificados en los niveles I y II del SISBÉN y pertenecientes a poblaciones especiales, sin que se pueda interrumpir la prestación de los servicios de salud.



¿Cómo y cuándo se reporta la novedad de movilidad en el SGSSS?

La novedad de movilidad del Régimen Contributivo al Régimen Subsidiado debe reportarse por el cotizante de manera individual y directa a la EPS a través del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS, o a través del SAT cuando entre a operar, al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la pérdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.

¿Si el afiliado reside en un municipio diferente a aquél en que le fue aplicada la encuesta SISBEN y ejerce la movilidad, el puntaje obtenido en la encuesta practicada por el municipio de origen se considerará válido?

Sí, hasta tanto el municipio en el que actualmente reside el afiliado le realice la encuesta. El cambio de residencia, en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

¿La novedad de movilidad puede registrarse de manera automática por la EPS?

Ninguna EPS está autorizada para registrar la novedad de movilidad sin que haya mediado la solicitud suscrita por el afiliado. El reporte de la novedad de movilidad sin que hubiere mediado la manifestación de la voluntad del afiliado en el Régimen Subsidiado se tiene como una práctica no autorizada que será sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud.

¿En qué momento se hace efectiva la movilidad en el SGSSS?

Si es movilidad del Régimen Contributivo al Régimen Subsidiado hay dos momentos:



1) Si el afiliado tiene derecho a la protección laboral y/o al mecanismo de protección al cesante, la movilidad se hace efectiva al día siguiente al vencimiento del cubrimiento de este o estos, y 2) Si el afiliado no tiene derecho a la protección laboral ni a la protección al cesante, la movilidad se hace efectiva a partir del día siguiente al vencimiento de la cobertura del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.

¿Cuándo el afiliado debe hacer la movilidad y no el traslado?

El afiliado obligatoriamente debe registrar la novedad de movilidad y no la novedad del traslado cuando:

- El cabeza de familia inscrito en una EPS del Régimen Subsidiado adquiere las condiciones para cotizar en el Régimen Contributivo y no ha cumplido el período de permanencia para el traslado.
- Un integrante del núcleo familiar en el Régimen Subsidiado adquiera las condiciones para cotizar en el Régimen Contributivo y no ha cumplido el período de permanencia para el traslado.
- El cotizante en el Régimen Contributivo no reúne las condiciones para seguir cotizando y no ha cumplido el período de permanencia para el traslado si cumple las condiciones para la movilidad.
- Un beneficiario en el Régimen Contributivo pierda tal calidad y no ha cumplido el término de permanencia para el traslado si cumple las condiciones para la movilidad.

¿Qué es la portabilidad?

La portabilidad es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente (1-12 meses) a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.



¿Cómo se va a garantizar la portabilidad?

Con el fin de garantizar la portabilidad, todas las EPS deben contar con mecanismos idóneos para que el afiliado pueda acceder a la información y al trámite de su requerimiento así mismo; las Direcciones Territoriales de Salud deberán tener disponible la información pertinente sobre las EPS y brindar apoyo a los usuarios que lo requieran para el trámite del ejercicio de su portabilidad.

¿Cómo puedo solicitar mi derecho a la portabilidad?

Un afiliado podrá solicitar ante su EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio disponible, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.

¿Cuáles son los deberes de las personas frente al SGSSS?

- Suministrar información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, estado de salud e ingresos; efectuar el pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; el ejercicio de sus actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema.
- Actualizar el documento de identificación cuando se expida un nuevo tipo de documento y reportar las novedades de su estado de afiliación y de los cambios de su núcleo familiar.
- Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad
- Informar a la EPS y a la oficina del Sisbén cuando se traslade de municipio y cuando consiga un empleo temporal
- Participar en las asociaciones de usuarios de las EPS.



¿Qué derechos tienen los afiliados al Régimen Subsidiado?

Como afiliado al Régimen Subsidiado, usted y su familia tienen derecho a recibir los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de dicho régimen. Estos servicios se definen mediante un Acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

¿Qué es el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POSS?

Es el conjunto de servicios de salud al que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado. Las EPSS deben garantizar el acceso con calidad a los servicios del POSS a través de la red de Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, que tengan contratadas.

¿Cómo puedo saber cuáles son los medicamentos a que tengo derecho en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado?

Los medicamentos están definidos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud que se aprueba mediante un Acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El listado deberá encontrarse publicado por la EPSS en los sitios de acceso al público.

¿Dónde me prestan los servicios del POSS?

Las EPSS deben contratar con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que estén habilitadas, la prestación de la totalidad de los servicios incluidos en el POSS. Las IPS contratadas por las EPSS pueden ser públicas o privadas y, además de los hospitales y clínicas, existen los centros de salud, consultorios y laboratorios clínicos y de imágenes diagnósticas. En lo posible, los servicios de nivel de baja complejidad deben estar disponibles en el municipio de residencia de los afiliados.



¿Cómo hago para conocer la red de IPS contratada por mí EPSS? En el momento de la afiliación, su EPSS debe informarle cuál es la red de IPS que tiene contratada para la prestación de servicios del POSS en cada municipio, cuáles son los mecanismos de referencia y contra referencia y qué se debe hacer en caso de una urgencia.

¿Qué pasa si necesito una atención de mayor complejidad?

Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada EPSS. La EPSS deberá informar a sus usuarios acerca de los mecanismos de referencia y de autorizaciones establecidas.

¿Qué quiere decir referencia y contrarreferencia?

Cuando un paciente requiera atención en salud de mayor complejidad, deberá ser remitido o referido por un profesional en medicina general, de acuerdo con las normas definidas para ello. Como mínimo deberá contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos.

¿Quién atiende las necesidades de salud de la población en condiciones de pobreza aún no afiliada al Régimen Subsidiado de Salud?

La atención en salud de la población del territorio nacional que cumple con las características de pobreza y vulnerabilidad, pero que aún Sistema de Seguridad Social en Salud Atención a la población en condiciones de pobreza no afiliada al Régimen Subsidiado no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud es responsabilidad del Estado y debe ser atendida en las instituciones públicas o en aquellas privadas contratadas por éste, con cargo a los llamados recursos de oferta.



¿Quién atiende las necesidades de salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud en lo no cubierto por el POSS?

Al igual que en el caso anterior, es responsabilidad del Estado y en este sentido los servicios no cubiertos por el POSS deben ser prestados en las instituciones públicas o en aquellas privadas contratadas por las entidades territoriales (municipios, departamentos o distritos), con cargo a los llamados recursos de oferta.

¿Qué es el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

La Ley 1122 de 2007 define el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como el conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, el cual se encuentra en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, Entidad que de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, deberá enfocar sus funciones de IVC hacia el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios de atención en salud pública, la atención al usuario y participación social, las acciones y medidas especiales, la información y la focalización de los subsidios en salud.

¿Cuáles son las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud?

Las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud se enmarcan en ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, para que cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, so pena de imponer las sanciones a que haya lugar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las autoridades responsables las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema.



¿Ante quién debo acudir en caso de incumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud?

En caso de incumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por parte de las Entidades que hacen parte del mismo, deberá acudir a la Superintendencia Nacional de Salud para que en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control inicie las investigaciones e imponga las sanciones a que haya lugar.

¿Qué son los Puntos Por el Derecho a la Salud?

Son espacios de atención gratuita donde se brinda acompañamiento, orientación y la gestión necesaria para exigir el cumplimiento del derecho a la salud y dar respuesta efectiva al acceso a los servicios de salud.

¿Con qué fin fueron creados los Puntos por el derecho a la Salud?

Los puntos por el derecho a la Salud tienen dos enfoques:

1. Lograr respuesta efectiva y oportuna al derecho a la salud del ciudadano y/o colectivo y así evitar su incumplimiento.
2. Fortalecer los procesos de formación de los ciudadanos para asumir la salud como un derecho fundamental

¿Qué tipo de gestión se realiza en los PDS?

1. Gestión resolutive: Con la implementación de este procedimiento se busca la identificación de casos de carácter individual y colectivo en los que se detecte la vulneración del derecho a la salud, se analizan los casos y se brinda una respuesta efectiva y oportuna a la necesidad presentada por el ciudadano, a través de acciones que incidan en la garantía del derecho a la salud, realizando seguimiento a cada caso hasta lograr su cierre o solución.



2. Gestión territorial: a través de este procedimiento el equipo de trabajo de los PDS motiva a los ciudadanos a apropiarse y empoderarse de su derecho a la salud, por medio de acciones de formación acompañamiento a procesos de control social y veedurías ciudadanas. Además del apoyo y asesoría a líderes de organizaciones sociales del sector urbano y rural.

3. Gestión jurídica: En los PDS también se realizan orientaciones jurídicas a los ciudadanos con relación a la normatividad vigente, se realiza asesoría en casos puntuales y muchas de estas orientaciones prosiguen en el acompañamiento al ciudadano en la realización de acciones de exigibilidad jurídica.

¿Dónde están ubicados los Puntos por el Derecho a la Salud en la ciudad de Ibagué?

Actualmente en la ciudad de Ibagué se han implementado dos PDS que actualmente se encuentran en funcionamiento y han generado gran impacto en la comunidad ibaguereña.

Punto 1: Calle 60 N° 2-30 B/ Jordán etapa 1 (Secretaría de Salud municipal)

Teléfonos: 2740442-2740446.

Punto 2: CAM del barrio El Salado.

La alcaldía municipal de Ibagué tiene programado abrir nuevos Puntos por el derecho a la Salud para acompañar a los ciudadanos hacia el mejoramiento de la atención en salud con calidad y oportunidad.

¿Qué requisitos necesito para ser atendido en un PDS?

- Copia del Documento de Identidad de la persona que necesita asesoría
- Copia de órdenes médicas, historia clínica o epicrisis en caso de ser necesario



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7



¿Qué debo hacer cuando mi EPS me demora la entrega de medicamentos?

Debes acercarte a un Punto por el derecho a la Salud de la ciudad con copia de la fórmula médica vigente y con gusto gestionamos tu solicitud.

¿Qué debo hacer cuando mi EPS no me garantiza oportunidad en la atención de los servicios de salud?

Puedes acudir a cualquiera de los PDS ubicados en la ciudad con copia de órdenes médicas, autorizaciones, fórmulas médicas, etc. Allí te apoyaremos en la solución a tu petición.

¿Qué otro tipo de servicio ofrecen los Puntos por el derecho a la Salud?

Puedes acercarte a cualquiera de los PDS de Ibagué en caso de presentar alguna petición, queja o reclamo relacionada con el acceso a los servicios de salud, incluyendo el suministro de medicamentos, también cuando presentes alguna solicitud sobre novedades y afiliaciones con alguna EPS.

¿En los PDS solo atienden a personas afiliadas al régimen subsidiado?

En los Puntos por el Derecho a la Salud atendemos a toda la población tanto del sector urbano como del rural, además personas que residan en otros municipios y que necesiten algún tipo de asesoría independientemente del Régimen de Salud al cual pertenezcan y si no están incluidos en el SGSSS, también los orientamos para realizar trámites pertinentes de afiliación.