

PREGUNTAS FRECUENTES

Contenido

PREGUNTAS FRECUENTES	1
PREGUNTAS FRECUENTES RELACIONADAS CON LA NORMATIVIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	6
1. ¿Cuáles son los requisitos para realizar el cambio de EPS?	6
2. ¿Qué requisitos se deben cumplir para el pago de incapacidades de origen común y cuál es el procedimiento para acceder a ellas?	7
3. ¿En qué consiste la portabilidad y cuál es el tiempo en que la EPS debe dar respuesta?	9
4. ¿Quiénes pueden ser beneficiarios en el régimen contributivo y qué proceso se debe seguir para incluirlos en el núcleo familiar?	11
5. Al perder capacidad de pago y no pertenecer a las categorías A, B y C del Sisbén IV ¿Existe algún mecanismo que permita dar continuidad a la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, y cómo se puede cambiar la categoría o puntaje del SISBÉN?	14
PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS CIUDADANOS RELACIONADOS CON "TRO TIPO DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	17

1. ¿Qué es el régimen subsidiado y cuáles son los requisitos para pertenecer a él?	17
2. ¿Cuáles son los conceptos por los que un usuario puede solicitar reembolsos a la EPS, así como los requisitos y tiempos de respuesta?	18
3. ¿Cómo puedo solicitar el pago de la indemnización por incapacidad permanente parcial?	19
¿Cuándo se recibe la indemnización?	19
¿Cómo se calcula?	19
Pasos para reclamar:	20
4. ¿Quiénes están autorizados para acceder a la historia clínica de un paciente y cuál es el procedimiento para hacerlo?	20
5. ¿Qué personas están exentas del pago de cuotas moderadoras y copagos?	21
PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS CIUDADANOS RELACIONADAS CON OTRO TIPO DE INFORMACIÓN DE LA SUPERSALUD	31
1. ¿Cómo se puede consultar el estado de un trámite, proceso, radicado o actuación ante la Supersalud?	31
2. ¿Cuáles son los tiempos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud para que las EAPB respondan a las solicitudes de los usuarios y qué acciones se pueden adelantar cuando estos términos no se cumplen?	31

3.	¿Cuándo la Supersalud puede intervenir o hacer seguimiento a un caso ya radicado ante la EPS?	33
4.	¿En qué casos se puede solicitar apoyo de la Delegatura para la Función Jurisdiccional?	33
5.	¿Cómo se puede obtener el historial de quejas que he radicado a la Supersalud?	35
	PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS CIUDADANOS RELACIONADAS CON OTROS TRÁMITES ANTE LA SUPERSALUD	36
1.	¿Cómo se puede radicar un trámite o solicitud ante la Superintendencia Nacional de Salud a través de sus canales digitales?	36
2.	¿Cuál es el medio habilitado por la Supersalud para brindar soporte técnico ante inconvenientes con plataformas, cargue de información o formularios?	36
3.	¿Dónde se puede consultar el listado de IPS que han sido intervenidas, vigiladas o con medidas administrativas por la Supersalud?	37
4.	¿Cómo se puede solicitar una reunión, mesa de trabajo o espacio de articulación entre la Supersalud y veedores u organizaciones ciudadanas?	37
5.	¿Cómo se pueden consultar las fechas, estados o programación de los procesos extrajudiciales adelantados por la Supersalud?	37
	PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS CIUDADANOS RELACIONADAS CON INFORMACIÓN CONTACTO SUPERSALUD	38

1. ¿Cómo se establece comunicación con el área administrativa de la Supersalud? 38
2. ¿Dónde se pueden consultar los canales de atención no presenciales de la Supersalud? 38
3. ¿Dónde se pueden consultar los puntos de atención presencial de la Supersalud? 39
4. ¿Cómo se puede obtener o remitir información sobre un proceso jurisdiccional? 39
5. ¿Cómo funciona el concurso de méritos realizado por la Comisión Nacional del Servicio Civil para vinculación a la Superintendencia Nacional de Salud? 40

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS ACTORES DEL SISTEMA 42

1. ¿Cómo se realiza el trámite para obtener el certificado de discapacidad? 42
2. ¿Qué debe hacer un usuario si no está de acuerdo con la EPS que le fue asignada por el Ministerio de Salud tras la liquidación de su anterior entidad? 44
3. ¿Cuál es el proceso que debe seguir un usuario para obtener una copia de su historia clínica cuando la EPS a la que estuvo afiliado fue liquidada? 45
4. ¿Cómo puede ser clasificado un ciudadano mediante la encuesta del Sisbén? 45

5.	¿Cómo funciona la cobertura SOAT para accidentes de tránsito?	46
----	---	----

PREGUNTAS FRECUENTES RELACIONADAS CON LA NORMATIVIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

1. ¿Cuáles son los requisitos para realizar el cambio de EPS?

Respuesta. De conformidad con el artículo 2.1.7.2 del Decreto 780 de 2016, las condiciones para el traslado entre EPS son las siguientes:

- El traslado puede efectuarse de manera presencial a través de formulario y a partir del 15 de marzo de 2018, los afiliados al sistema general de salud podrán, a través de internet, hacer el traslado o cambio de entidad promotora de salud (EPS), por medio del portal www.miseguridadsocial.gov.co
- 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.
- No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.

- Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

2. ¿Qué requisitos se deben cumplir para el pago de incapacidades de origen común y cuál es el procedimiento para acceder a ellas?

Respuesta. Las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común son:

- Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.
- Haber cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad.
- Contar con el certificado de incapacidad de origen común, expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta. No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

- El certificado de incapacidad de origen común deberá ser expedido desde el momento de ocurrencia del evento que origina la incapacidad, salvo en los siguientes casos:
 - Urgencias o internación del paciente.
 - Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y lugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo.
 - Eventos catastróficos y terroristas.

La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas, para el empleado dependiente, le corresponderá al empleador los primeros dos días de incapacidad, al igual que para el independiente, después del tercer día, le corresponde a la EPS o entidad adaptada.

La entidad promotora de salud o la entidad adaptada constatará el cumplimiento de las condiciones para el reconocimiento de la prestación económica y de los documentos que soportan la solicitud y realizará las validaciones a que haya lugar, a fin de garantizar la correcta liquidación de la prestación y su respectivo pago.

La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuará por la entidad promotora de salud o entidad adaptada dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación por el aportante. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la entidad promotora

de salud o la entidad adaptada efectuará el pago de las prestaciones que haya autorizado, directamente al aportante, o al interesado, según corresponda, mediante transferencia electrónica.

El numeral 13 del artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, faculta a la Superintendencia de Salud a imponer sanciones administrativas a las EPS que no paguen las incapacidades laborales, entre otras prestaciones económicas, y es el empleador, el llamado a elevar la queja respectiva, buscando que, la EAPB sea sancionada, pero la Superintendencia de Salud no tiene la facultad de ordenar a la EPS el pago de las incapacidades. Por lo que, el empleador deberá interponer una demanda laboral contra la EPS para que, el juez ordene el pago de las incapacidades. El caso de los trabajadores independientes es diferente, dado que, al no tener un empleador, tendrán que actuar directamente ante la EPS, Superintendencia Nacional de Salud y ante un juez laboral.

3. ¿En qué consiste la portabilidad y cuál es el tiempo en que la EPS debe dar respuesta?

Respuesta. La portabilidad es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud.

La portabilidad se activa cuando un afiliado o su núcleo familiar se muda temporalmente a otro municipio, ya sea por trabajo, estudios o cualquier otra razón, por un periodo superior a un mes y menor a 12 meses. Si el traslado temporal supera los 12 meses, se considera permanente y el afiliado deberá cambiar de EPS o solicitar una prórroga de un año más, si las condiciones de temporalidad persisten.

Un afiliado podrá solicitar ante la 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 de que disponga la EPS para el efecto, 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.

La solicitud deberá contener como mínimo la siguiente información: nombre e identificación del afiliado; el municipio receptor; la temporalidad, si esta se encuentra definida; la IPS a la cual está adscrito en el municipio domicilio de afiliación y un número telefónico, dirección geográfica o dirección electrónica para recibir respuesta a su solicitud sobre adscripción a un prestador, en el municipio receptor.

La EPS, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud, deberá informar al afiliado la IPS a la cual ha sido adscrito en el municipio receptor y las opciones que el afiliado tendría para cambiarse. Así mismo, informará a la IPS primaria del domicilio de afiliación de la exclusión de este afiliado de su listado de adscritos. Si la EPS le asigna una IPS primaria dentro de su red, el

afiliado no podrá escoger otra por fuera de dicha red y solo podrá cambiarse de IPS dentro de las opciones de la red de la EPS en el municipio receptor.

4. ¿Quiénes pueden ser beneficiarios en el régimen contributivo y qué proceso se debe seguir para incluirlos en el núcleo familiar?

Respuesta. Conforme al artículo 2.1.3.6. del Decreto 780 de 2016, pueden ser incluidos dentro del núcleo familiar del cotizante:

- El cónyuge.
- A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.
- Los hijos menores de veinticinco (25) años que dependen económicamente del cotizante.
- Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
- Los hijos del cónyuge o 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.

- Los hijos de los beneficiarios descritos en los numerales 3 y 4 del presente artículo hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición.
- Los hijos menores de veinticinco (25) años y los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de estos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan económicamente de este.
- A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del cotizante que no estén pensionados y dependan económicamente de este.
- Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente.

La acreditación y soporte documental de la calidad de los beneficiarios, se sujetará a las siguientes reglas:

- La calidad de cónyuge se acreditará con el Registro Civil de Matrimonio.
- La calidad de compañero o compañera permanente se acreditará con alguno de los documentos previstos en el artículo 4 de la Ley 54 de 1990 modificado por el artículo 2 de la Ley 979 de 2005.
- La calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, se acreditará con los registros civiles correspondientes.

- La calidad de hijo adoptivo mediante el certificado de adopción o acta de entrega del menor, emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o entidad autorizada.
- La incapacidad permanente de los hijos mayores de veinticinco (25) años se acreditará mediante el dictamen emitido por la EPS en la cual se encuentre afiliado o por la entidad competente cuando se trate de la calificación invalidez.
- La condición del numeral 7 del artículo 2.1.3.6 de la presente Parte se acreditará con el documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- Los menores en custodia legal con la orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente.
- Para la inscripción del núcleo familiar los afiliados cotizantes o cabezas de familia deberán registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional e inscribir en la misma EPS a cada uno de los miembros que conforman el núcleo familiar, para lo cual deberán allegar el soporte documental de su calidad de beneficiarios, en los casos que sea necesario.
- Por otra parte, el cotizante puede inscribir en su núcleo familiar, mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) adicional, a otras personas que dependan económicamente de él y se encuentren hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, tales

como hijos mayores de 25 años de edad, padre o madre, hermanos, abuelos, sobrinos, tíos, primos, suegros, yernos, nueras, cuñados y abuelos del cónyuge, siempre y cuando no sean cotizantes o beneficiarios en el Régimen Contributivo. Estas personas se denominan “afiliados adicionales” y tienen derecho a todos los servicios del Plan de Beneficios en Salud, pero no a prestaciones económicas.

5. Al perder capacidad de pago y no pertenecer a las categorías A, B y C del Sisbén IV ¿Existe algún mecanismo que permita dar continuidad a la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, y cómo se puede cambiar la categoría o puntaje del SISBÉN?

Respuesta. Al término de la vinculación laboral se le garantizará al cotizante y su núcleo familiar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios a través del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si tuviere derecho a ellos.

- Período de protección laboral: cuando el empleador reporte la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador independiente pierda las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad, el cotizante y su núcleo familiar gozarán del período de protección laboral hasta por uno (1) o tres (3) meses más contados a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.
- Protección al cesante: mecanismo que garantiza la protección social de los trabajadores en caso de quedar desempleados, manteniendo el acceso a salud, el ahorro a pensiones, subsidio familiar y acceso a

servicios de intermediación y capacitación laboral, en pro de proteger a los trabajadores más vulnerables, manteniendo la calidad de vida y la formalización de los empleos.

Pueden acceder a este beneficio todos los trabajadores del sector público y privado que hayan realizado aportes a las Cajas de Compensación Familiar durante al menos un año, continuo o discontinuo, en el transcurso de los últimos tres años. Trabajadores independientes que hayan realizado aportes por lo menos dos años, continuos o discontinuos, en el transcurso de los últimos tres años.

Para realizar el cambio de la categoría o puntaje del SISBÉN, es necesario acudir a la Secretaría Distrital de Planeación (oficina del Sisbén) del municipio o ciudad, también puede ingresar al Portal Ciudadano del Sisbén <https://portalciudadano.sisben.gov.co/>, para solicitar una nueva encuesta, a fin de que, se actualice la información y se reevalúe la clasificación.

- Agotado el período de protección laboral y/o mecanismo de protección al cesante, si lo hubiere, puede validarse la posibilidad de ser incluido como beneficiario de un cotizante.
- Vinculación como **afiliado adicional** cuando el afiliado cotizante tenga a su cargo otras personas que dependan económicamente de él y se encuentren hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad y no cumpla los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, pagando la UPC correspondiente a su grupo de edad.

- Otra alternativa es a través de la figura de **contribución solidaria**, que es un mecanismo de afiliación al régimen subsidiado en salud para la población “No Pobre y No Vulnerable” correspondiente al Grupo D según la clasificación de la Encuesta Sisbén IV y que no cumple con los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo.

En esta figura debe realizarse un pago a través de los operadores de PILA y el monto a aportar por el afiliado al régimen subsidiado será la sumatoria de la tarifa individual de cada uno de los miembros del núcleo familiar mayores de edad y de acuerdo con la clasificación del grupo D del Sisbén IV de cada uno de ellos (la liquidación la realiza el operador donde se efectuará el pago).

PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS CIUDADANOS RELACIONADOS CON OTRO TIPO DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

1. ¿Qué es el régimen subsidiado y cuáles son los requisitos para pertenecer a él?

Respuesta. El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio parcial o total que ofrece el estado.

Para afiliarse al régimen subsidiado de salud se debe tener aplicada la encuesta SISBÉN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales), esta encuesta es la puerta de entrada a los programas sociales que ofrece el estado para las personas con más necesidades y ser clasificado en los grupos A, B o C o hacer parte de grupos especiales como: desmovilizados, indígenas, habitantes de la calle, niños en protección y desplazados, puede ser vinculado a este régimen de salud.

Para el proceso de afiliación debe elegir una sola EPS-S, diligenciar el Formulario Único de Afiliación, a través del SAT para realizar el proceso en línea o acudir directamente a las oficinas de la EPS-S de preferencia y presentar los documentos requeridos, como el certificado del Sisbén, documento de identidad y certificado que acredite pertenencia a poblaciones especiales, si aplica.

2. ¿Cuáles son los conceptos por los que un usuario puede solicitar reembolsos a la EPS, así como los requisitos y tiempos de respuesta?

Respuesta. Las Entidades Promotoras de Salud, a la que esté afiliado el usuario deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS; cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes a la prestación del servicio o compra de medicamentos y/o insumos, y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características, y copia de la historia clínica del paciente (Artículo 14 de la resolución 5261 de 1994 y modificaciones).

Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud 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 Artículo 14 de la resolución 5261 de 1994 y modificaciones.

3. ¿Cómo puedo solicitar el pago de la indemnización por incapacidad permanente parcial?

Respuesta. Aplica para pérdidas de capacidad laboral (PCL) entre el 5% y 49.9% por accidente de trabajo o enfermedad profesional, pagándose un monto único calculado con una tabla de equivalencias según el porcentaje de PCL y el salario del trabajador, diferente a la pensión de invalidez que se otorga para PCL igual o superior al 50%. El proceso inicia con la calificación de la PCL por una Junta de Calificación, y la ARL paga la indemnización, no un subsidio mensual, si la calificación es firme y dentro del rango parcial.

¿Cuándo se recibe la indemnización?

- Origen: Accidente de trabajo o enfermedad laboral.
- Porcentaje: Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) entre el 5% y 49.9%.
- Proceso: Tras una calificación de PCL en firme, generalmente por una Junta de Calificación de Invalidez.

¿Cómo se calcula?

- Se utiliza una tabla de equivalencias (Decreto 2644 de 1994).
- La tabla indica un número de meses de salario base de liquidación (SBL) según el porcentaje de PCL.

- Fórmula: Monto de la Indemnización = (% PCL en la Tabla) x (Salario Base de Liquidación).

Pasos para reclamar:

1. Reportar el accidente o enfermedad a la ARL.
 2. Someterse a las valoraciones médicas y de rehabilitación.
 3. Obtener la calificación de PCL por una Junta.
 4. Si la calificación está en el rango (5%-49.9%) y es firme, presentar la solicitud de indemnización ante la ARL con documentos como historia clínica y certificación bancaria.
4. ¿Quiénes están autorizados para acceder a la historia clínica de un paciente y cuál es el procedimiento para hacerlo?

Respuesta. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la ley, que incluyen la protección de datos personales (Ley 1581 de 2012): el usuario, su representante legal o apoderado.

La historia clínica únicamente puede revelarse a un tercero previa autorización del paciente. En caso de que el paciente fallezca, sus familiares más cercanos pueden solicitar la historia clínica. Para ello, deben acreditar su relación de parentesco con el paciente.

Para solicitar la historia clínica, es importante que el usuario tenga en cuenta que la custodia de este documento estará a cargo del prestador de servicios de salud que la haya generado durante su atención médica. Por lo tanto, la solicitud deberá realizarse directamente ante dicho prestador de salud (Resolución 1995 de 1999 modificada por la resolución 839 de 2017).

5. ¿Qué personas están exentas del pago de cuotas moderadoras y copagos?

Respuesta.

- **Servicios exceptuados de cobro de cuotas moderadoras:** Los afiliados en el Régimen Subsidiado, en todos los servicios que requieran.
- Los afiliados en el Régimen Contributivo, que deban someterse a prescripciones regulares en los siguientes diagnósticos con sus tratamientos integrales:
- Atención de pacientes con diabetes mellitus tipo I y II.
- Atención de pacientes con hipertensión arterial.
- Atención del paciente trasplantado.
- Atención de pacientes con enfermedades huérfanas y ultra huérfanas.
- Alteraciones nutricionales en personas menores de 5 años (anemia o desnutrición aguda) - Problemas o trastornos mentales.

- Atención de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) Servicios exceptuados de cobro de cuotas moderadoras.

- **En el Régimen Subsidiado:**

- Niños durante el primer año de vida.
- Complicaciones derivadas del parto.
- Población grupo A y B del Sisbén.

- **Las siguientes poblaciones especiales, que se identifican mediante listado censal:**

- Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en proceso de restablecimiento de derechos y población del sistema de responsabilidad penal para adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF.
- Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF.
- Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
- Adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.

- Comunidades Indígenas.

Servicios exceptuados de cobro de copagos.

- En el Régimen Subsidiado:

Las siguientes poblaciones especiales, que se identifican mediante listado censal:

- Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales de escasos recursos e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad.
- Población habitante de calle.
- Adultos entre 18 y 60 años, en condición de discapacidad, de escasos recursos en condición de abandono en centros de protección.
- Demás poblaciones especiales y afiliados de oficio al Régimen Subsidiado sin encuesta del Sisbén podrán ser exceptuados solo si quedan en grupo A y B.

- En los regímenes Subsidiado y Contributivo:

- Los afiliados cotizantes están exceptuados del pago de copagos.

- Atención en el servicio de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de Triage I, II, y III.
- Atención integral para los reemplazos articulares.
- Atención integral del gran quemado, incluyendo cirugía plástica, internación y rehabilitación.
- Atención integral del trauma mayor (lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior que requiere realización procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y se efectúe en servicio de alta complejidad).
- Atención integral para manejo de VIH/SIDA.
- Atención integral de pacientes con cáncer.
- Atención integral para manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
- Atención integral para manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
- Atención integral para el manejo de enfermedades huérfanas (pacientes inscritos en el registro nacional de enfermedades huérfanas).
- Eventos y servicios de alto costo:

- Trasplantes (renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea).
- Atención integral de la insuficiencia renal.
- Atención integral manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, aorta, vena cava, vasos pulmonares y renales, hemodinamia y hospitalización en casos de infarto agudo de miocardio.
- Atención integral manejo quirúrgico del sistema nervioso central, plastias de cráneo y su rehabilitación; casos de trauma que afectan columna vertebral y/o canal raquídeo con daño o probable daño de médula.
- Atención integral corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo, incluyendo la rehabilitación.
- Atención integral para los reemplazos articulares.

Servicios exceptuados de cobro de cuotas moderadoras y copagos según RIAS

Intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública

- Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud Ruta Integral de Atención en Salud Materno - Perinatal.
- Intervenciones de educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud.

Servicios exceptuados de cobro de cuotas moderadoras y copagos según grupos o poblaciones especiales

- Menores de 18 años con sospecha o diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, aplasias medulares y síndromes de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas, histiocitosis y desórdenes histiocitarios.
- La vasectomía o ligadura de trompas.
- Los niños, niñas y adolescentes del Sisbén grupo C, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas.
- Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, respecto de los servicios para su rehabilitación física y mental.
- Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, certificada por autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física y mental.

- Las víctimas del conflicto armado interno, incluidas las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, que se encuentren registradas en el Sisbén grupo C.
- Las víctimas contempladas en la parte resolutoria de las sentencias proferidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos – CIDH.
- Las personas en situación de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional.
- Las víctimas de lesiones personales, causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva, o por cualquier elemento que generen daño o destrucción al entrar o tener contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad.
- Las personas, incluidos los niños, niñas y adolescentes que hagan uso del derecho a morir con dignidad.
- Los veteranos, respecto de los servicios de salud que se brinden para la recuperación integral de secuelas físicas y psicológicas.
- Las personas que padecen epilepsia, cuando no puedan asumir el tratamiento integral, por su condición económica.

Es importante tener en cuenta que la Superintendencia Nacional de Salud, en la Circular Externa 2024100000000003-5 de 2024, imparte las instrucciones sobre el cobro de cuotas moderadoras y copagos a las Entidades Promotoras

de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (Incluidas Las Indígenas) y Entidades Adaptadas de Salud, dentro de las que se contempla:

1. Contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios, de manera tal que en un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o el primer servicio de los previstos en el artículo 2.10.4.5 del Decreto 780 de 2016 adicionado por el artículo 1 del Decreto 1652 de 2022, con excepción de la consulta externa médica de que trata el numeral 1 de este artículo.
2. Caracterizar su población afiliada, de tal forma que los sistemas de información permitan identificar los usuarios a quienes les aplica la excepción en el pago de cuotas moderadoras, pagos compartidos y/o copagos.
3. Contar con mecanismos de validación y actualización permanente de la población afiliada.
4. Capacitar a la red prestadora contratada y demás proveedores en las disposiciones aplicables de modo que, se dé estricto cumplimiento normativo.
5. Emplear mecanismos de seguimiento para que los prestadores de servicios de salud den estricto cumplimiento a los valores definidos en la normatividad y que estos mismos sean reportados a la EPS y EAS, como valores realmente cobrados.

6. Publicar la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos, sin exceder las tarifas y porcentajes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Para las fórmulas de medicamentos para tratamientos ambulatorios, los exámenes de diagnósticos por laboratorio clínico y exámenes de diagnóstico por imagenología, cobrar una sola cuota moderadora por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella.
8. Establecer e implementar los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, vales o la cancelación en efectivo por parte del usuario, ya sea directamente en la entidad, a través de canales electrónicos o mediante convenios con los prestadores de servicios de salud, en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso, deberá aceptarse el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.
9. Emitir la factura electrónica de venta, cuando se facture por usuario, registrando únicamente el valor total efectivamente pagado, correspondiente al copago o a la cuota moderadora.
10. Garantizar la integralidad de las atenciones contenidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) durante el ciclo vital de los afiliados, de acuerdo con las atenciones definidas en las rutas con enfoque diferencial psicosocial y de habilitación y rehabilitación funcional de niños, niñas y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos

recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección, de tal forma que estos servicios se brinden con la rigurosidad técnica que las respalda y realizando inducción a la demanda para el mantenimiento de la salud, asegurando la exención de cobros.

11. Definir de manera autónoma la exención de pago para órdenes de ayudas diagnósticas o fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems, sin suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras, deberá socializarse con los afiliados
12. Disponer los recursos técnico-científicos necesarios para identificar y garantizar que las atenciones contenidas en las RIAS se brinden sin barrera alguna y se exceptúen del cobro, así como las demás atenciones exentas de cobro.

El incumplimiento de lo anteriormente mencionado dará lugar a la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previo agotamiento del debido proceso administrativo. Esto sin perjuicio de las demás responsabilidades disciplinarias, fiscales, penales o civiles que puedan derivarse y las sanciones que puedan imponer otras autoridades judiciales y administrativas.

PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS CIUDADANOS RELACIONADAS CON OTRO TIPO DE INFORMACIÓN DE LA SUPERSALUD

1. ¿Cómo se puede consultar el estado de un trámite, proceso, radicado o actuación ante la Supersalud?

Respuesta. El ciudadano puede consultar y realizar seguimiento al estado de trámites, procesos, actuaciones administrativas, quejas, peticiones, reclamos o denuncias radicadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la plataforma Superargo, ingresando al enlace <https://superargo.supersalud.gov.co/2/formularioWeb/pqrd.php>, utilizando el número de radicado y los datos de identificación correspondientes.

Así mismo, puede solicitar información sobre el estado de su trámite mediante los canales de atención dispuestos por la Superintendencia Nacional de Salud (línea telefónica, videollamada, chat virtual y puntos de atención presencial), los cuales se encuentran disponibles en la página oficial <https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/contactenos>.

2. ¿Cuáles son los tiempos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud para que las EAPB respondan a las solicitudes de los usuarios y qué acciones se pueden adelantar cuando estos términos no se cumplen?

Respuesta. De acuerdo con la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023, se ajusta la clasificación de los reclamos con el fin de identificar aquellos cuyo nivel de urgencia es mayor y que requieren una gestión prioritaria por

parte de las entidades responsables del aseguramiento en salud, su red prestadora de servicios y los proveedores de tecnologías en salud.

De conformidad con la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023, la Superintendencia Nacional de Salud estableció una clasificación de los reclamos con el fin de priorizar aquellos que representan mayor riesgo para la salud y la vida de los usuarios.

Los términos máximos de respuesta por parte de las EAPB son:

1. Reclamo de riesgo vital: veinticuatro (24) horas.
2. Reclamo de riesgo priorizado: cuarenta y ocho (48) horas.
3. Reclamo de riesgo simple: setenta y dos (72) horas.

En caso de incumplimiento de estos términos, el usuario puede poner en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud dicha situación, a fin de que se adelanten las actuaciones administrativas correspondientes. La entidad podrá ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control, e imponer las sanciones a que haya lugar, previo agotamiento del debido proceso.

3. ¿Cuándo la Supersalud puede intervenir o hacer seguimiento a un caso ya radicado ante la EPS?

Respuesta. La Superintendencia Nacional de Salud puede intervenir o realizar seguimiento a un caso previamente radicado ante la EPS cuando se evidencian posibles vulneraciones a los derechos en salud del usuario, especialmente si la entidad responsable no ha dado respuesta oportuna, clara o de fondo dentro de los términos legales establecidos.

Así mismo, la Supersalud puede ejercer acciones de seguimiento y control cuando el caso presenta un nivel de riesgo (simple, priorizado o vital), cuando se identifica reincidencia en la conducta de la EPS, o cuando se presume un incumplimiento de las obligaciones relacionadas con la garantía en la prestación de los servicios de salud.

4. ¿En qué casos se puede solicitar apoyo de la Delegatura para la Función Jurisdiccional?

Respuesta. La Delegatura para la Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud conoce de los conflictos que se presentan entre los usuarios, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), aseguradores y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando se vulneran derechos relacionados con la prestación de los servicios de salud.

El direccionamiento a esta Delegatura procede, principalmente, cuando se presentan situaciones como:

- Si su Entidad Promotora de Salud -EPS o asegurador le niega los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios-PBS.
- Si tiene un conflicto con su EPS o asegurador, por la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías no incluidas en el PBS. Si el servicio y/o tecnología se encuentra expresamente excluido de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, no es competencia de este Despacho; por lo que en ese caso su demanda deberá radicarse ante la justicia ordinaria.
- Si usted, como usuario o afiliado del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS-, incurre en algún gasto:
 - Por la atención de un servicio de urgencia.
 - Por la atención específica que le haya sido autorizada por la EPS o las entidades que se le asimilen.
- Por la imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS o entidades que se le asimilen.
- Si usted aparece afiliado en varias EPS o en varios regímenes en el SGSSS, de manera simultánea.
- Si le niegan la libre elección para afiliarse a la EPS de su interés o le impiden elegir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS

dentro de la red conformada por su EPS, o tiene conflictos relacionados con la movilidad dentro del SGSSS.

- Si como entidad o institución del SGSSS presenta conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas por servicios de salud.

5. ¿Cómo se puede obtener el historial de quejas que he radicado a la Supersalud?

Respuesta. El ciudadano puede consultar el historial de las quejas, peticiones o denuncias radicadas ante la Superintendencia Nacional de Salud a través de la plataforma Superargo, ingresando al enlace <https://superargo.supersalud.gov.co/2/formularioWeb/pqrd.php>, suministrando el número de radicado y los datos de identificación del afectado.

Adicionalmente, puede radicar una solicitud de información a través del formulario web disponible en la página oficial www.supersalud.gov.co, la cual será remitida a la dependencia competente.

PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS CIUDADANOS RELACIONADAS CON OTROS TRÁMITES ANTE LA SUPERSALUD

1. ¿Cómo se puede radicar un trámite o solicitud ante la Superintendencia Nacional de Salud a través de sus canales digitales?

Respuesta. La radicación de trámites, solicitudes, quejas, peticiones o denuncias ante la Superintendencia Nacional de Salud se puede realizar a través del formulario web disponible en el siguiente enlace:

<https://superargo.supersalud.gov.co/2/formularioWeb/pgrd.php>

Adicionalmente, la entidad dispone de canales de atención no presenciales como llamada en línea, videollamada y chat, accesibles desde su página oficial.

2. ¿Cuál es el medio habilitado por la Supersalud para brindar soporte técnico ante inconvenientes con plataformas, cargue de información o formularios?

Respuesta. El medio habilitado por la Superintendencia Nacional de Salud para brindar soporte técnico ante inconvenientes relacionados con el cargue de archivos, uso de plataformas o formularios electrónicos es el correo electrónico: soportevigilados@supersalud.gov.co

3. ¿Dónde se puede consultar el listado de IPS que han sido intervenidas, vigiladas o con medidas administrativas por la Supersalud?

Respuesta. El listado de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encuentran intervenidas o que cuentan con medidas administrativas puede consultarse en el siguiente enlace oficial de la Superintendencia Nacional de Salud: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/informacion-especifica-para-grupos-de-interes/entidades-en-medida-especial-liquidacion-y-traslados-de-eps>

4. ¿Cómo se puede solicitar una reunión, mesa de trabajo o espacio de articulación entre la Supersalud y veedores u organizaciones ciudadanas?

Respuesta. La solicitud de reuniones, mesas de trabajo o espacios de articulación con la Superintendencia Nacional de Salud puede realizarse a través del correo electrónico: correointernosns@supersalud.gov.co.

5. ¿Cómo se pueden consultar las fechas, estados o programación de los procesos extrajudiciales adelantados por la Supersalud?

Respuesta. La programación, fechas y eventos relacionados con los procesos extrajudiciales adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud pueden consultarse a través del calendario de eventos publicado en su página web oficial, en el siguiente enlace: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/eventos>

PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS CIUDADANOS RELACIONADAS CON INFORMACIÓN CONTACTO SUPERSALUD

1. ¿Cómo se establece comunicación con el área administrativa de la Supersalud?

Respuesta. Se puede hacer a través de la línea telefónica 601 744 2000 o dirigiendo la solicitud por escrito a la siguiente dirección: Carrera 68 A No. 24B - 10, Plaza Claro, Torre 3, Piso 4.

2. ¿Dónde se pueden consultar los canales de atención no presenciales de la Supersalud?

Respuesta. Ingresando al siguiente enlace <https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/contactenos>, en donde encontrará:

- Formulario web.
- Chat.
- Llamada en línea.
- Videollamada.

3. ¿Dónde se pueden consultar los puntos de atención presencial de la Supersalud?

Respuesta. Ingresando al siguiente enlace se podrán visualizar las direcciones regionales y puntos de atención a nivel nacional

<https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Protecci%C3%B3n%20al%20Usuario/puntos-de-atencion.aspx>

4. ¿Cómo se puede obtener o remitir información sobre un proceso jurisdiccional?

Respuesta. Podrán consultar de las actuaciones que se adelanten, únicamente las partes reconocidas dentro del proceso jurisdiccional en curso, ingresando a través del siguiente enlace, con el número de su expediente, Ejemplo: (J-2000-0000) <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/jurisdiccional/consulta-de-procesos-jurisdiccionales.aspx>

Para el envío de los documentos podrá utilizar solo una de las siguientes opciones:

A través del siguiente enlace de acceso:

<https://superargo.supersalud.gov.co/formularioWeb/jurisdiccional.php#>

Si por el medio principal no fue posible radicar su documento, lo podrá hacer a través del correo electrónico funcionjurisdiccional@supersalud.gov.co

5. ¿Cómo funciona el concurso de méritos realizado por la Comisión Nacional del Servicio Civil para vinculación a la Superintendencia Nacional de Salud?

Respuesta. El proceso consta de varias etapas:

- **Convocatoria y lista de elegibles:**

La CNSC convoca al concurso de méritos (en este caso, Convocatoria 2503 de 2023).

Una vez surtidas todas las etapas, expide una Resolución con la lista de elegibles, que se publica y queda en firme.

Según la jurisprudencia de la Corte Constitucional, el primero en la lista no tiene solo una expectativa, sino un derecho adquirido al nombramiento.

- **Expedición de la resolución de nombramiento:**

La Superintendencia Nacional de Salud expide una resolución motivada en la que nombra en período de prueba al ganador del concurso (en orden de mérito de la lista) y ordena terminar el nombramiento provisional de quien estuviera ocupando el cargo.

- **Aceptación y posesión del cargo:**

El designado en período de prueba tiene 10 días hábiles para manifestar si acepta el cargo, 10 días hábiles adicionales para tomar posesión. La aceptación se puede presentar físicamente en ventanilla de correspondencia o por correo institucional.

- **Período de prueba:**

El nombramiento inicial es en período de prueba de cuatro (4) meses. Durante ese tiempo no se le puede mover a otro cargo distinto al de la convocatoria. Al finalizar, el jefe inmediato evalúa el desempeño laboral.

- **Evaluación y definición final:**

Si la evaluación es satisfactoria: el funcionario es inscrito o actualizado en el Registro Público de Carrera Administrativa y adquiere estabilidad laboral. Si la evaluación es insatisfactoria: el nombramiento se declara insubsistente mediante resolución motivada.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS ACTORES DEL SISTEMA

1. ¿Cómo se realiza el trámite para obtener el certificado de discapacidad?

Respuesta. De acuerdo con la Resolución 1239 de 2022, el proceso de certificación es gratuito, la persona en condición de discapacidad o la persona de apoyo realizar el siguiente proceso:

- Pedir cita con el médico de la EPS (o entidad a la que se encuentre afiliada) para que haga el diagnóstico correspondiente. El médico debe entregarle copia de la historia clínica y demás recomendaciones, de acuerdo con la situación particular de cada persona.
- Solicitar a la Secretaría de Salud de la ciudad o municipio donde reside la orden para obtener la Certificación de Discapacidad, para lo cual debe llevar la historia clínica (puede ser reciente o antigua) y los soportes y demás recomendaciones que le dé el médico. Si la solicitud cumple los requisitos, la Secretaría de Salud debe generar la orden dentro de los 5 días hábiles siguientes a la radicación de esta, y notificar a la IPS asignada para que esta programe la cita e informe al solicitante (o la persona de apoyo). Si no cumple los requisitos, debe informar a la persona lo que hace falta para que haga una nueva solicitud.
- Esperar la comunicación de la IPS con la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo la valoración médica. Esta deberá realizarse dentro de los 10

días hábiles siguientes a la entrega de la orden por parte de la Secretaría de Salud.

- Asistir a la cita programada por la IPS para la valoración clínica o esperar a su casa (si el médico de la EPS así lo ordena) con la historia clínica y demás soportes que le entregue el médico.

En esta cita, un equipo de 3 profesionales, encabezado por un médico, autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, atenderá a la persona, que expedirán la Certificación de Discapacidad si consideran que la persona tiene discapacidad (si no es posible la entrega el día de la cita, debe entregarse en los 5 días hábiles posteriores).

En caso de que el equipo médico determine que el solicitante no tiene discapacidad, debe explicarle las razones e informarle que puede solicitar una segunda opinión a la Secretaría de Salud correspondiente, la cual generará la orden para un nuevo procedimiento.

Adicional, es importante tener en cuenta que el certificado de discapacidad debe actualizarse en los siguientes casos:

- Al cumplir los 6 y los 18 años si se trata de un menor de edad.
- Cuando el médico lo solicite por cambios en el estado de salud de la persona.

2. ¿Qué debe hacer un usuario si no está de acuerdo con la EPS que le fue asignada por el Ministerio de Salud tras la liquidación de su anterior entidad?

Respuesta. En caso de desacuerdo con la EPS asignada por el Ministerio de Salud tras la liquidación de una Entidad Promotora de Salud (EPS), es fundamental tener en cuenta lo estipulado en el Decreto 0719 de 2024, que establece que, transcurridos sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de asignación a la EPS receptora, los afiliados asignados podrán escoger libremente y trasladarse a cualquier otra entidad habilitada en el mismo régimen y que opere en el municipio o distrito de su residencia; este traslado será efectivo a partir del primer día calendario del mes siguiente. Se exceptúa de este plazo los siguientes casos:

- Cuando algún miembro del grupo familiar quede asignado en una entidad distinta a la del cotizante o cabeza de familia, evento en el cual se podrá solicitar el traslado de forma inmediata a la entidad en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia. La entidad deberá tramitar de forma inmediata la respectiva novedad.
- Cuando los miembros de las comunidades indígenas, una vez agotado el proceso señalado en el artículo 17 de Ley 691 de 2001, soliciten el traslado de entidad, la EPS receptora deberá tramitar de manera inmediata esta novedad según los procedimientos vigentes y será efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado.

3. ¿Cuál es el proceso que debe seguir un usuario para obtener una copia de su historia clínica cuando la EPS a la que estuvo afiliado fue liquidada?

Respuesta. Debe acudir a la IPS donde fue atendido para reclamar su historia clínica, porque ésta, sólo puede ser conocida por el médico y su paciente. La Superintendencia de Salud no recibe las historias clínicas; debe dirigirse directamente a la institución prestadora de salud y en la página web de las IPS liquidadas, aparecen las direcciones y correos electrónicos a donde puede pedirse ese documento legal.

4. ¿Cómo puede ser clasificado un ciudadano mediante la encuesta del Sisbén?

Respuesta. Se debe solicitar la visita para la aplicación de la encuesta Sisbén en la oficina del Departamento Nacional de Planeación o en uno de los puntos de atención de Sisbén ubicados en la Red CADE en Bogotá o a nivel nacional debe acercarse a la oficina local del municipio en el que vive, o de manera virtual a través del Portal Ciudadano del Sisbén.

Dentro de las generalidades, es importante conocer que las siglas Sisbén se traducen en Sistema de Selección de Beneficiarios. Dicha encuesta permite establecer condiciones de vida, capacidad para generar ingresos que permitan identificar de manera rápida y objetiva a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad y focalizar la inversión social.

Existen cuatro grupos de clasificación: A, B, C y D. Cada uno ubica a las personas según su capacidad para generar ingresos y sus condiciones de vida. Cada grupo se organiza de la siguiente manera:



5. ¿Cómo funciona la cobertura SOAT para accidentes de tránsito?

Respuesta. El SOAT es un seguro obligatorio para todos los vehículos automotores que transiten por el territorio nacional y que ampara los daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.

Entre sus principales características están:

- Los asegurados son las personas que resulten lesionadas o con daños corporales en un accidente de tránsito.
- Las coberturas previstas son gastos médicos, farmacéuticos, hospitalarios o quirúrgicos, así como incapacidad permanente, fallecimiento, gastos funerarios y el transporte para movilizar a los afectados de acuerdo con los topes establecidos.
- Es de cubrimiento universal, es decir, ampara a todas las personas lesionadas en un accidente de tránsito.

Este seguro obligatorio cubre a todos los lesionados:

- Conductor.
- Ocupantes particulares.
- Pasajeros (vehículos de servicio público).
- Peatones.

En los casos en que no existe el seguro o el vehículo no es identificado, la EPS, asumirá el riesgo derivado de la prestación de servicios en salud y el transporte asistencial que se presten a las víctimas.

Por su parte, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, a través de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT, reconocerá las indemnizaciones por incapacidad permanente, muerte y gastos funerarios que se deriven por la ocurrencia de accidentes de tránsito. Para los casos en los cuales la víctima no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la ADRES será la entidad encargada de reconocer las prestaciones asistenciales o económicas.