



Carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente





Accesibilidad: Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud.

Acción de Tutela: Es un mecanismo de protección que permite a toda persona acudir ante las autoridades judiciales para obtener la protección inmediata de sus derechos fundamentales, cuando estos resultan vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares, en los casos establecidos en la ley. Su marco normativo se encuentra de manera general en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia y en el Decreto Ley 2591 de 1991.

Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET): ajuste de los tratamientos y objetivos

de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta. La AET supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos.

Afiliado: Es la condición que adquiere la persona al afiliarse en el Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS, allí se

brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros por medio de una EAPB ya sea en el régimen subsidiado o régimen contributivo.

Atención de urgencia: Toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura debe ser inmediata e impostergable. Ninguna institución de salud puede negar a un paciente la atención rápida a una urgencia vital, ni exigir un cheque o documento en garantía para otorgar el servicio.

Atención hospitalaria: Implica tratamientos y procedimientos que requieren una estadía en el hospital. Esto puede incluir cirugías importantes, hospitalización o cuidados especializados que necesitan una infraestructura hospitalaria.

Atención prioritaria: Es la atención que recibe el usuario enfermo cuando su vida no corre peligro, pero no puede esperar hasta una cita programada.

Autocuidado: Un proceso en el que la propia persona actúa para promover la salud, identificar, prevenir la enfermedad y aplicar su tratamiento en un nivel primario de atención.

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

Cesación provisional: Es una medida por parte de la Superintendencia Nacional de Salud que busca cesar cualquier tipo de barrera administrativa que les impida a los usuarios acceder de manera oportuna a un medicamento, cita médica o programación de un servicio de salud.

Cobertura: Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al SGSSS y al Plan Obligatorio de Salud.

Copago: Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Cotizante: Las personas nacionales o extranjeras residentes en Colombia que, por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados, jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

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

Demanda inducida: Acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica, detección temprana y la adhesión a los programas de control.

Enfermedad de alto costo: Es la que representa una alta complejidad técnica en su manejo, tratamiento y una gran carga emocional y económica como: VIH/SIDA, insuficiencia renal crónica, cáncer con los ciclos de radioterapia y quimioterapia, prótesis en reemplazos articulares de cadera y/o rodilla, trasplantes de médula ósea, corazón y/o riñón, procedimientos por enfermedad coronaria como angioplastia coronaria, corrección de cardiopatías congénitas, entre otros.

Enfermedad huérfana: Es aquella crónicamente debilitante, grave, que amenaza la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas. (Ley 1392 de 2010/Ley 1438 de 2011)

Entidad Promotora de Salud - EPS: Para el caso del régimen subsidiado y contributivo, son las responsables de prestar el servicio de aseguramiento y de la prestación del plan de beneficios a sus afiliados.

Entidades vigiladas por la Supersalud: Son las EPS y otras empresas que aseguran a la población como aquellas encargadas de los maestros, las fuerzas militares, entre otros; así como a clínicas y hospitales públicos y privados.

Identidad de género: Es la percepción y manifestación personal del propio género, es decir, cómo se identifica alguien independientemente de su sexo biológico. La identidad de género puede fluir entre lo masculino y femenino, no existe una norma absoluta que lo defina. Inscripción a la EPS: Es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una Entidad Promotora de Salud a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Son las encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF: Es la entidad del Estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias.

Libre escogencia: Derecho de elegir libremente una EPS en particular, como entidad aseguradora en salud y de escoger aspectos propios relacionados con las atenciones en salud.

Movilidad: Es la garantía que tiene el afiliado de continuar en la misma EPS, cuando por alguna circunstancia cambie de régimen.

Movilidad ascendente: Es cuando un usuario pasa del régimen subsidiado al régimen contributivo, por vínculo laboral o capacidad de pago.

Movilidad descendente: Es cuando un usuario pasa del régimen contributivo al

régimen subsidiado por terminación de su vínculo laboral o capacidad de pago. Nota: Para la movilidad descendente, el usuario debe cumplir con las nuevas categorías del Sisbén.

Mipres: Es una herramienta tecnológica que implementa el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios

Muerte digna: Es el derecho a morir dignamente, no es unidimensional sino es un conjunto de facultades a través de tres vías relacionadas que no se excluyen entre sí: el acceso a cuidados paliativos la adecuación terapéutica (la posibilidad de rechazar, interrumpir o prescindir de un tratamiento o procedimiento médico) y la eutanasia activa.

No PBS (Plan de Beneficios en Salud): Tecnologías y servicios en salud no financiados con recursos de la UPC y de servicios complementarios, es decir, son aquellos medicamentos, procedimientos, dispositivos, alimentos con propósitos médicos especiales y servicios complementarios que no están incluidos en Plan de Beneficios en Salud.

Novedades: Son los cambios que se producen y que pueden afectar lo siguiente: el estado de afiliación, condición como afiliado y actualizaciones de tus datos como afiliado.

Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

PQRDSF: Petición: cuando una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la Supersalud para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros. Puede ser general o de información. Queja: manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la Supersalud. Reclamo: es a través del cual los usuarios del SGSSS dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema de Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud. Puede ser prioritario o regular.

Denuncia: manifestación de un ciudadano a través de la cual pone en conocimiento de las autoridades la existencia de hechos irregulares, con el fin de activar los mecanismos de investigación y sanción. Sugerencia: es cuando se presenta a la entidad la manifestación de una idea o propuesta para mejorar la prestación de un servicio o la gestión institucional.

Felicitación: es aquella expresión de satisfacción de un usuario del servicio, con relación a la prestación de un servicio. Proceso Administrativo Sancionatorio: Mediante acto administrativo la Superintendencia Nacional de Salud impone multas o revocatoria de la licencia de funcionamiento a sus vigilados.

Plan de beneficios: Conjunto de actividades, servicios, insumos, medicamentos,

procedimientos e intervenciones, los cuales tienen derecho los afiliados al sistema de salud.

Prevención de la enfermedad: Aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección al riesgo, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Promoción de la salud: Busca establecer estilos de vida saludables, con el fin de instaurar o fortalecer conductas que influyen en el mantenimiento de estados de salud óptimos en la persona que tenga o no una discapacidad.

Periodo de carencia: Es el tiempo que tiene que transcurrir desde que entra en vigor su seguro, hasta que puede comenzar a utilizar el servicio contratado.

Pertenencia étnica: Se refiere a la identificación de las personas como integrantes de uno de los grupos étnicos, legalmente reconocidos. Los criterios de identificación son: el autoconocimiento (identidad étnica), la lengua, usos, costumbres, la territorialidad y los rasgos físicos.

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

Referencia: Es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para la atención en salud o complementación diagnóstica de acuerdo con el nivel de resolución que brinde respuesta a las necesidades del usuario.

Régimen contributivo: El régimen contributivo agrupa a las personas que tienen capacidad económica para aportar al sistema. Según el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud, pertenecen a este régimen losabajadores dependientes con contrato laboral formal, trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV), pensionados del sistema general de pensiones, Contratistas vinculados mediante contratos de prestación de servicios, y rentistas de capital con ingresos demostrables.

Régimen subsidiado: El régimen subsidiado está dirigido a colombianos sin capacidad de pago que no pueden costear los aportes del régimen contributivo. El Estado financia su afiliación con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) y de la ADRES (Administradora de los Recursos del SGSSS). Acceden a este régimen principalmente personas clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales), así como la población en situación de desplazamiento forzado, las comunidades indígenas y afrocolombianas en condición de vulnerabilidad, personas en situación de

calle o bajo protección del ICBF, adultos mayores en extrema pobreza sin pensión, y la población reclusa a cargo del INPEC.

Rol recobrante: Es la gestión de prescripciones por fallos de tutela que tiene nexos causales a través del rol recobrante.

Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios – Sisbén: Es una herramienta de identificación que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Sistema de seguridad social en salud – SGSSS: Es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población.

Tecnología de salud: Es toda actividad como intervención, insumo, medicamento, procedimiento, dispositivo médico o servicios usados en la prestación del servicio de salud, así como sistemas organizacionales y de soporte con los que se presta la atención en salud.

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.

Triage: Es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación: **Triage I:** Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata. **Triage II:** La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos.

La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría. **Triage III:** La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa. **Triage IV:** El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la

vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente. **Triage V:** El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general del paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

UPC: La UPC, es el dinero que el gobierno colombiano le paga a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) por cada persona afiliada al sistema de salud, a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) este monto cubre servicios médicos como consultas, medicamentos, hospitalizaciones y más, según lo establecido en el Plan de Beneficios en Salud.



¿Qué pasa cuando las tecnologías o servicios no están cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC?

Las tecnologías o servicios que están cubiertos con cargo a la UPC son los incluidos en la Resolución 2765 de 2025, cuando un profesional de la salud considera que se necesita una tecnología que se encuentra por fuera de la financiación de los recursos de la UPC, bien sea un medicamento, procedimiento, suministro nutricional, dispositivo médico y/o un servicio complementario para mejorar la calidad de vida del usuario, teniendo en cuenta la evidencia científica, aprobación de su uso por el INVIMA si así lo requiere, relación directa al diagnóstico del usuario, agotamiento de las tecnologías del PBS y que no corresponda a un determinante social, deben realizar el siguiente trámite:

En cumplimiento de la Resolución 740 de 2024, las tecnologías NO financiadas con recursos de la UPC deben ser prescritas por un profesional de la salud mediante la plataforma MIPRES, dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social. La EAPB deberá realizar las validaciones pertinentes a cada una de las prescripciones, teniendo en cuenta los criterios normativos y en caso de cumplir con estos requisitos podrá realizar:

- **Entrega total:** Se dispensan o se prestan las tecnologías en salud, no financiadas con recursos de la UPC o

servicios complementarios en forma completa y en el tiempo establecido.

- **Entrega parcial:** Se dispensan o se prestan las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios en forma incompleta o porque no cumple los tiempos establecidos por la norma para su prescripción. Se aplica en caso de:

- Presentación comercial del producto.
- Dosis máxima permitida que excede lo prescrito.
- Se prescribe por primera vez y el tiempo de prescripción excede 3 meses o 1 mes en caso de ser un suministro nutricional.
- El tiempo de prescripción excede 12 meses.
- Causas de entregas parciales:
- Presentación no fraccionable.
- La prescripción excede la dosis máxima recomendada.
- La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez.
- La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva.

- **Entrega diferida:** Se dispensan o se prestan las tecnologías en salud, no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, pero no en los tiempos de la resolución. Se aplica en caso de que el paciente tenga medicamento de un suministro reciente y se va a suministrar lo prescrito cuando se termine.

- **No entrega total:** Esta decisión, es cuando las tecnologías en salud, no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, no serán dispensadas a los usuarios, por las siguientes razones:

- Misma solicitud en otra prescripción.
- Existe evidencia de interacción o reacción de medicamentos.
- La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA.
- Suministro para tutela.
- Paciente corresponde a otra EPS.
- Paciente fallecido.
- No se han agotado los topes o la prescripción que corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS.
- El INVIMA no aprobó los Medicamentos Vitales No Disponibles - MVND.
- El prescriptor y el paciente son el mismo.

- Tecnología incluida en el PBS.
- Exclusión del PBS.
- Tecnología cubierta por otro plan adicional en salud.

Es importante tener en cuenta que si el profesional prescriptor al intentar realizar la preinscripción a través de la herramienta tecnológica MIPRES, no puede lograrlo, deberá llenar el formato de contingencia establecido por este Ministerio de Salud y Protección Social, cuando se presenten las siguientes circunstancias que imposibiliten el acceso a esta:

- Dificultades técnicas.
- Ausencia de servicio eléctrico.
- Falta de conectividad.
- Inconsistencias de afiliación o identificación.

Será la IPS la responsable de radicar dicho formato de contingencia ante la EPS dentro de los tiempos establecidos en la norma y enviando las evidencias requeridas que demuestren la falla ocurrida. Para algunas tecnologías NO financiadas con recursos de la UPC, se deberá realizar el procedimiento denominado "Juntas de profesionales de la salud", y es por esto que las IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normatividad vigente, deberán conformar una junta de profesionales de la salud de su planta de personal prescriptor, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos científicos y de pertinencia, la necesidad de los mismos. Adicionalmente, las IPS deberán garantizar que el acta de

Junta de Profesionales cumpla con los contenidos referidos en la norma y remitir copia a la EPS junto con el consentimiento informado, cuando se prescriban medicamentos UNIRS; según los tiempos definidos en la norma.

La EPS notificará al usuario por correo electrónico para indicarle dónde se prestará la tecnología y es por esto que el usuario deberá actualizar los datos de contacto de manera periódica y notificar a la EPS los cambios de domicilio, correo electrónico o número de celular. En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015, se estableció en la Resolución 641 de 2024 “Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, resultado del procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente de exclusiones”.

¿Qué es y quiénes pueden afiliarse al régimen subsidiado?

El régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de las personas al SGSSS a través del pago de una cotización subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad.

Para acceder al régimen subsidiado se debe contar con la encuesta del Sisbén IV, a través de la cual quedan clasificados en las categorías A, B, C o D o estar registrado en los listados censales en el departamento de Antioquia.

A A1 ▶ A5
Población en **pobreza extrema**

B B1 ▶ B7
Población en **pobreza moderada**

C C1 ▶ C18
Población **vulnerable**

D D1 ▶ D21
Población **no pobre, no vulnerable**

En el Sisbén IV existen cuatro grupos: Está dirigido a las personas que no cuentan con los requisitos para estar afiliados al régimen contributivo y que cumplen con las siguientes condiciones:

- Personas clasificadas en las nuevas categorías del Sisbén (Grupos A, B, C o D).
- Habitantes de la calle.
- Población en programas de protección a testigos.
- Población reclusa a cargo de la entidad territorial.

- Adulto mayor en centros de protección.
- Comunidades indígenas.
- Población ROM (gitanos).
- Población infantil a cargo del ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes - SRPA.
- Personas en detención domiciliaria a cargo del INPEC - Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
- Migrantes colombianos repatriados.
- Miembros de los grupos armados al margen de la ley, que celebran acuerdo de paz.
- Menores desvinculados del conflicto armado.
- Población desmovilizada.
- Víctimas del conflicto armado interno.
- Los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil, Cruz Roja y Cuerpos de Bomberos y su núcleo familiar.

¿Cómo obtener la afiliación al régimen subsidiado en salud?

El Gobierno Municipal deberá constituir un listado de población elegible de acuerdo con la normatividad y lo entregará a las EAPB inscritas en el municipio, para

adelantar la afiliación. Las personas que resulten beneficiarias deberán seleccionar una EAPB y suscribir su afiliación por medio de la plataforma establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, SAT o diligenciando el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud () y siguiendo el proceso descrito en el Decreto 780 de 2016. El servicio adquiere vigencia desde el momento de afiliación. Asimismo, podrán solicitar directamente su afiliación en cualquier oficina de la EAPB, por medio de la plataforma SAT o por nuestra página web [www. saviasaludeps.com](http://www.saviasaludeps.com) si ya cuentan con la encuesta del Sisbén IV; si aún no cuentan con la encuesta, podrá solicitarla en las oficinas del Departamento Nacional de Planeación ubicadas en los municipios. Las personas con las condiciones especiales mencionadas anteriormente no requieren del Sisbén, basta con acreditar su calidad según el instrumento definido en la ley.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud no existen periodos de carencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011.

Régimen contributivo



¿Qué es y quiénes pueden afiliarse al régimen contributivo?

El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual, familiar o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Se deben afiliar en el régimen contributivo las personas que tienen una vinculación laboral, con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

Tipos y requisitos de afiliación por ocupación

• **Trabajadores dependientes:** Cada empleado puede escoger la EAPB que

prefiera y comunicarle al empleador esta decisión, junto con los datos del grupo familiar para que realice el trámite pertinente. El empleador deberá solicitar a Savia Salud EPS su inscripción, para lo cual deberá diligenciar el formulario y adjuntar:

- Copia de certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio (menor a 30 días de vigencia).
- Copia del RUT de la empresa.
- Copia de la cédula del representante legal. Para realizar la afiliación del trabajador, el empleador deberá adjuntar el Formulario Único de Afiliación, la copia de la cédula del cotizante y la copia del contrato de aprendizaje (para aprendices y practicantes).

- **Trabajadores independientes:** El trabajador independiente puede realizar la afiliación a través de los diferentes canales establecidos, que pueden ser:
 - Sedes de atención de Savia Salud EPS, diligenciando el Formulario Único de Afiliación.
 - Sitio web de Savia Salud EPS <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/solicitudes-y-tr%C3%A1mites>
 - Plataforma SAT (Sistema de Afiliación Transaccional) del Ministerio de Salud y Protección Social <https://miseguridadsocial.gov.co/>
 - Adjuntar Copia del contrato por prestación de servicios o carta de la empresa con las condiciones del contrato. (Solo para contratistas).
 - Adjuntar Copia del documento de identidad del cotizante.
 - **Grupo familiar del cotizante: Cuando desee incluir a su grupo familiar como beneficiario, debe aportar adicionalmente:**
 - Hijos: Copia del registro civil, copia de la tarjeta de identidad (niños de 7 a 18 años), copia de la cédula (hijos de 18 a 25 años) o documento válido según la normatividad vigente.
 - Cónyuge o compañero (a) permanente: Copia del registro de matrimonio y/o declaración juramentada de convivencia o documento válido según la normatividad vigente.
 - Padres: Copia del registro civil del cotizante y copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido según la normatividad vigente.
 - Adicional: Documento que acredite el grado de consanguinidad en relación con el cotizante principal.
 - Pensionado: En caso de obtener la calidad de pensionado, deberá aportar: Resolución de pensión y copia de la cédula de ciudadanía.
- Movilidad**
- La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma entidad promotora de salud para los afiliados al SGSSS focalizados en los niveles I y II del Sisbén o su equivalencia, las poblaciones especiales. En virtud de la movilidad, tales afiliados podrán cambiar de un régimen a otro con su núcleo familiar, sin solución de continuidad, manteniendo su inscripción en la misma EPS, según lo establecido en el artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016. ¿Cuál es la diferencia entre movilidad y traslado?
- **Movilidad:** Es la garantía que tiene el afiliado de continuar en la misma EAPB, cuando por alguna circunstancia cambie de régimen.
 - **Traslado:** Es el derecho que tiene el Afiliado de cambiar de EAPB, luego de transcurrir doce meses de antigüedad en la misma EAPB.
 - **Nota:** Tanto la movilidad como el traslado se deben realizar para todo el grupo familiar.

- Movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado
 - Esta movilidad ocurre cuando un afiliado pierde las condiciones para cotizar, en cuyo caso la EAPB valida los criterios para pertenecer al régimen subsidiado y garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.
- Movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo
 - Esta movilidad ocurre cuando un afiliado adquiere las condiciones para cotizar, en cuyo caso la persona o el empleador debe reportar la novedad de ingreso al régimen contributivo a través de los diferentes canales establecidos:
 - Sedes de atención de Savia Salud EPS, diligenciando el Formulario Único de Afiliación.
 - Sitio web de Savia Salud EPS <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/afiliados/movilidad-entre-regimenes>
 - Plataforma SAT del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://miseguridadsocial.gov.co/>
 - Si pasas al régimen contributivo y permaneces en la misma EPS del régimen subsidiado, ¿cómo debes hacer los aportes a la EPS?
 - Cotización mediante vinculación laboral: El empleador aportará el 8.5% y el empleado el 4% del salario base.
 - Cotización independiente: El cotizante independiente aportará el 12.5% sobre el ingreso base de cotización.
- Si estás afiliado al régimen contributivo y pierdes la capacidad de pago, ¿Cómo ingresas al régimen subsidiado?
- Si estás afiliado previamente y calificado en las nuevas categorías del Sisbén, podrás pasar al régimen subsidiado de la misma EPS donde te encuentres afiliado, sin perder la continuidad en la prestación del servicio. Acércate a nuestros puntos de atención y diligencia el Formulario Único de Afiliación.
- Si no te encuentras clasificado en las nuevas categorías del Sisbén, deberás solicitar la aplicación de la encuesta a Planeación Distrital.
- ¿Qué trámite deben realizar para hacer efectiva la movilidad?
- Solicitar a la EPS la movilidad en el sistema (cambio de régimen subsidiado o contributivo) con el fin de no perder la continuidad en la prestación del servicio.
- Acercarse a las oficinas y diligencia nuevamente el Formulario Único de Afiliación.
- ¿Las EPS del régimen subsidiado deben reconocer prestaciones económicas a las personas que tengan afiliadas en el régimen contributivo?
- Sí, las EPS del régimen subsidiado, que en el marco de la movilidad garanticen la prestación de servicios a los afiliados al régimen contributivo,

reconocerán y pagarán el valor de las incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad. Todo lo anterior, de acuerdo con la normatividad vigente y aplicable solo al afiliado cotizante, siempre y cuando hayan cotizado como mínimo 4 semanas anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad. (Decreto 780 de 2016).

- ¿Las EPS del régimen subsidiado deben reconocer la prestación de servicios en casos de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral a las personas que tengan afiliadas en el régimen contributivo?
- Sí, las EPS del régimen subsidiado que en el marco de la movilidad tengan afiliados cotizantes pertenecientes al régimen contributivo, deben garantizarles la prestación de los servicios que demanden en virtud de un accidente de trabajo y/o enfermedad laboral, conforme a las reglas propias del Sistema de Riesgos Laborales. Importante: Deben diligenciar nuevamente el formulario de afiliación, cada vez que realicen una movilidad en cualquiera de los dos regímenes.

Sistema de Afiliación Transaccional – SAT
El Ministerio de Salud y Protección Social creó el SAT, una plataforma tecnológica que permite:

- Registrar en tiempo real la afiliación al régimen subsidiado y al régimen contributivo.
- Realizar novedades como: movilidad, traslados, suspensiones y actualización de documentos.

- Consultar en tiempo real el grupo familiar, historial de afiliación en salud, ARL, AFP, CCF, adicional del historial de aportes a través de la PILA.
- Para interactuar en la plataforma, debe estar registrado en el sitio web www.miseguridadsocial.gov.co

Aprenda a registrarse:

1. Ingrese a: www.miseguridadsocial.gov.co
2. Haga clic en la pestaña “acceso” y luego “registrarse”.
3. Registre los datos básicos.
4. Valide la identidad respondiendo algunas preguntas.
5. Ingrese los datos de contacto.
6. Cree una contraseña en el enlace que le llegará al correo electrónico, así finalizará el registro.
7. Nota: Diligencie nuevamente el formulario de afiliación cada que realice una movilidad entre cualquiera de los regímenes.

Especificación que no hay periodos de carencia, ni restricciones en los servicios por traslado de entidad promotora de salud

3

¿Cómo solicitar el traslado de EAPB?

Podrán manifestar libremente su voluntad de traslado a otra EAPB por medio de la plataforma establecida por el Ministerio de Protección Social denominado Sistema de Afiliación Transaccional - SAT o diligenciando el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Resolución 1823 de 2024). Asimismo, podrán realizar traslados de EAPB siguiendo el proceso descrito en el Decreto 780 de 2016 y demás normas que adicionen o modifiquen, según sea el caso. Nota: El periodo mínimo de permanencia en una EAPB para solicitar traslado es un año.



Se han definido acciones que permitan garantizar la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS y con ello alcanzar los mejores resultados en salud para la población afiliada.

El modelo de atención en salud de Savia Salud EPS se centra en la atención primaria en salud y basado en este se desarrollan acciones de demanda inducida encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, así como la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

Savia Salud EPS, implementa permanentemente estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, enmarcadas en las diferentes rutas de atención integral, principalmente en las de obligatorio cumplimiento de acuerdo con lo establecido en la resolución 3280 de 2018 (RIAS Materno perinatal y RIAS Promoción y Mantenimiento de la Salud).

Dentro de las acciones implementadas se destacan las siguientes:

- Contacto telefónico por medio de llamadas y mensajes de whatsapp.
- Publicación de las actividades y jornadas a realizar en los medios digitales de la EPS (página web, redes sociales).
- Búsqueda en el domicilio a través de visitas realizadas por parte de los vigías de salud.
- Articulación e integración con las actividades de grupos sociales en los municipios (adulto mayor, ICBF, escuelas y colegios)

Régimen subsidiado

Cuota moderadora 2026

En el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se cobran cuotas moderadoras.

Copagos 2026

El valor copago para los afiliados del régimen subsidiado son los siguientes:

Porcentaje máximo del valor del servicio: 10%.

Tope máximo de copagos por evento y por año calendario 2026.

Régimen subsidiado	% de topes en SMLMV	Tope en UVB	Valor UVB 2026	Tope en pesos
Tope por evento	50%	53,77 %	\$ 12.110	\$ 651.155
Tope por año	100%	107,54 %	\$ 12.110	\$ 1.302.309

Régimen contributivo

Cuota moderadora 2026

Rango del IBC en SMLMV	Cuota Moderadora en UVB VIGENCIA 2026	Valor UVB 2026	Cuota Moderadora en pesos Vigencia 2026	Aproximación Valor Cuota Moderadora 2026
Menor a 2 SMLMV	0.411	\$ 12.110	\$ 4.977	\$ 5.000
Entre 2 y 5 SMLMV	1.66	\$ 12.110	\$ 20.102	\$ 20.100
Mayor a 5 SMLMV	4.36	\$ 12.110	\$ 52.799	\$ 52.800

Algunos de los servicios donde se aplicarán las cuotas moderadoras:

En el artículo 2.10.4.5 del Decreto 1652 del 06 de agosto de 2022 por medio del cual el gobierno nacional determinó el régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se definen los Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras, aquí le contamos algunos de esos servicios

- Consulta externa, general médica y odontológica.
- Consulta externa, especializada médica y odontológica.
- Consulta externa por nutricionista, optometría, foniatría y fonoaudiología, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional y psicología.
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios.
- Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico ambulatorio.
- Exámenes de diagnóstico por imagenología correspondientes a radiología general y ecografías.
- Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando se trate de pacientes clasificados en las categorías de triage IV y V.

Copagos

Rango de ingreso en SMLMV	Tope máximo por año por afiliado beneficiario SMLMV	Copago en UVB del afiliado beneficiario Vigencia 2026	Valor UVB 2026	Copagos en pesos del afiliado beneficiario Vigencia 2026
Menor a 2 SMLMV	57.5%	61.84	\$ 12.110	\$ 748.882
Entre 2 y 5 SMLMV	230%	247.35	\$ 12.110	\$ 2.995.409
Mayor a 5 SMLMV	460%	494.69	\$ 12.110	\$ 5.990.696

No tienen copagos los siguientes servicios

Excepciones para el cobro de cuota moderadora:

Los afiliados en el Régimen Subsidiado.

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.

Las intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública que se especifican a continuación:

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

Nota: Resolución 000187 28/11/2023, DIAN. (Por la cual se fija el valor de la Unidad de Valor Tributario - UVT aplicable para el año 2024 en \$47.065) 1 / artículo 313, Ley 2294 de 2023.

Excepciones para el cobro de copagos:

En el artículo 2.10.4.7 del Decreto 1652 del 06 de agosto de 2022, se establece que deberán aplicarse pagos compartidos o copagos a todos los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los servicios complementarios, salvo las excepciones definidas en los artículos 2.10.4.8 y 2.10.4.9. Aquí le contamos algunos de esos servicios:

- Eventos y servicios de Alto Costo. Atención integral para el trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multi visceral y córnea, insuficiencia renal aguda o crónica, manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales.

- Atención en el servicio de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de triage I, II, y III.
- 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.
- Educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Enfermedades transmisibles de interés en salud pública.

Contribución solidaria para afiliados al régimen subsidiado

Conforme lo establece la Resolución No 2717 de 2024, las tarifas a pagar en el 2025 como contribución solidaria de los afiliados al régimen subsidiado identificados en categoría D (población no pobre no vulnerable) del SISBEN IV, son las siguientes:

Contribución solidaria 2026			
Grupo SISBEN IV	Porcentaje	Valor	Valor aproximación a centena más cercana
D1 a D3	2,50%	\$ 38.543	\$ 38.500
D4 a D7	3,70%	\$ 57.043	\$ 57.000
D8 a D14	5,50%	\$ 84.794	\$ 84.800
D15 a D20	8,30%	\$127.962	\$128.000
D21	11%	\$169.588	\$169.600

Valor UPC Adicional Régimen Contributivo Vigencia 2026

Normatividad

El artículo primero del Acuerdo 000260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, define la cuota moderadora así:

“Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS”.

En Savia Salud EPS las cuotas moderadoras se aplicarán a los beneficiarios y cotizantes del régimen contributivo.

Artículo 6°. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras. Se aplicarán Cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista.
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.

4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.

5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Artículo 7°. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de: Para Savia Salud EPS, en el régimen contributivo, los copagos deben ser aplicados a los beneficiarios en todos los servicios cubiertos por el PBS, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control de atención materno infantil.
3. Programas de control en atención a las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias: de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 3° del Decreto 412 de 1992 o demás disposiciones que lo complementen, adicionen o modifiquen, comprende todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizar en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definir el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
6. Los servicios están sujetos a la aplicación de cuotas moderadoras.

Para conocer el Acuerdo 000260 de 2004 completo, visite el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20260%20DE%202004.pdf

Nota: Adicionalmente, deberá tenerse en cuenta la Circular No. 00016 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con la exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos establecidas por leyes especiales, véase aquí: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%200016%20de%202014.pdf

Decreto 1652 de 2022

Artículo 2.10.4.6 Excepciones para el cobro de cuota moderadora.

Están exceptuados del cobro de cuota moderadora, además de lo establecido en el artículo 2.10.4.9. de este acto administrativo: 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, priorizados por su impacto en la salud de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- 2.1. Atención de pacientes con diabetes mellitus tipo I y II.
- 2.2. Atención de pacientes con hipertensión arterial.
- 2.3. Atención del paciente trasplantado.
- 2.4. Atención de pacientes con enfermedades huérfanas y ultra huérfanas
- 2.5. Alteraciones nutricionales en personas menores de 5 años (anemia o desnutrición aguda)
- 2.6. Problemas o trastornos mentales.

Artículo 2.10.4.8. Excepciones del cobro de copagos.

En ambos regímenes, la atención en el servicio de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de triage I, II, y III definidas en la Resolución 5596 de 2015 o las normas que regulen la materia. Artículo 2.10.4.9. Excepción del cobro

de cuotas moderadoras y copagos para grupos poblaciones especiales.

1. En el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, se exceptúa:

1.1. La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-hematólogo pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente estará exceptuada del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 artículo 2, modificado por la Ley 2026 de 2020 artículo 4, parágrafo 2.

1.2. La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-hematólogo pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios; estará exceptuada del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 artículo 2, modificado por la Ley 2026 de 2020, artículo 4, parágrafo 2.

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

moderadoras y copagos, según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010, artículo 2 modificado por la Ley 2026 de 2020, artículo 4, parágrafo 2.

1.4. Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas estarán exceptuadas del cobro de copago, conforme lo dispuesto en los artículos 2 y 3 de la Ley 1412 de 2010, modificada por la Ley 1996 de 2019 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

1.5. Los niños, niñas y adolescentes del Sisbén I y II con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

1.6. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física y mental, hasta que se certifique médicamente su recuperación, estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

1.7. Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificadas

por la autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física y mental, sin importar su régimen de afiliación, hasta que se certifique medicamente la recuperación, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme lo dispuesto en el artículo 54 de la Ley 1438 de 2011.

- 1.8. Las víctimas del conflicto armado interno determinadas en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, incluidas las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras conforme el artículo 3 del Decreto-Ley 4635 de 2011, que se encuentren registradas en el Sisbén I y II atendiendo lo previsto el artículo 52, parágrafo 2 de la Ley 1448 de 2011 y el artículo 53, parágrafo 2 del Decreto-Ley 4635 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan estarán exceptuadas del cobro de copagos.

Las víctimas contempladas en la parte resolutive de las sentencias proferidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos — CIDH, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos.

El Ministerio de Salud y Protección Social suministrará a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas el listado de beneficiarios, previa suscripción del acuerdo de confidencialidad que se disponga para tal fin.

- 1.9. Las personas en situación de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional cuando se haya establecido el procedimiento requerido, estarán exceptuadas

del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en el artículo 9, numeral 9 de la Ley 1618 de 2013 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

- 1.10. 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, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos conforme lo dispuesto en el artículo 53A de la Ley 1438 de 2011, adicionado por la Ley 1639 de 2013 y modificado por la Ley 1971 de 2019.

- 1.11. Las personas, incluidos los niños, niñas y adolescentes que hagan uso del derecho a morir con dignidad estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos en los términos previstos en el artículo 14 de la Resolución 971 de 2021 y 16 de la Resolución 825 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social o las normas que los modifiquen o sustituyan.

- 1.12. Los veteranos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de los servicios de salud que se brinden para la recuperación integral de secuelas físicas y psicológicas estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos según

lo dispuesto en la Ley 1799 de 2019 y el artículo 23.1.8.3.4.1. del Decreto 1070 de 2015.

1.13. Las personas que padecen epilepsia a quienes se les garantiza el tratamiento integral de forma gratuita cuando no puedan asumirlo por su condición económica, estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en el artículo 12, numeral 7 de la Ley 1414 de 2010 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

2. Servicios sujetos al cobro de copagos

En el Régimen Subsidiado, se exceptúan del cobro de copago, los siguientes:

2.1. Niños durante el primer año de vida.

2.2. Complicaciones derivadas del parto.

2.3. Población nivel I del Sisbén.

2.4. Las siguientes poblaciones especiales establecidas en el artículo 2.1.5.1 de este decreto, que se identifican mediante listado censal:

2.4.1 Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en Proceso Administrativo para el restablecimiento de sus derechos, y población perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF.

2.4.2. Menores desvinculados del conflicto armado bajo /a protección del ICBF.

2.4.3. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.

2.4.4. Adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se

encuentren en centros de protección.

2.4.5. Comunidades Indígenas.

2.4.6. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad.

2.4.7. Población habitante de calle.

2.4.8. Adultos entre 18 y 60 años, en condición de discapacidad, de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección. Para las demás poblaciones especiales de que trata el artículo 2.1.5.1 del presente Decreto y los afiliados de oficio al Régimen Subsidiado sin encuesta del Sisbén, podrán ser exceptuados del cobro de copagos solo si la realizan quedando clasificados como población nivel I.

Para acceder a los servicios de salud deben tener en cuenta: El lugar de atención Las IPS básicas generalmente están ubicadas en los municipios, en el caso de Medellín, en las comunas y corregimientos. Allí encuentran un médico general, servicios de odontología y urgencias.

**Escanéa para
conocer la red
prestadora de
servicios**



**Escanéa para
conocer la red
de atención de
urgencias**

1. Dispensación de medicamentos e insumos.

• Medicamentos capitados

- Son medicamentos que están incluidos en el paquete de atención del paciente (cápita), que hacen parte del PBS y se basan en un perfil de morbilidad de la población para elegir los medicamentos que harán parte de este. Son dispensados por la red básica y no requieren autorización.
- Siempre deben dirigirse al servicio farmacéutico de la IPS primaria donde son atendidos, la unidad intermedia en salud o a la ESE de cada municipio.

• Medicamentos evento

Son medicamentos que no están incluidos en el paquete de atención del paciente (cápita), ni en las RUTAS de atención integral en salud. Para la entrega de estos medicamentos la EPS contrata un prestador, laboratorio farmacéutico y/o operador logístico, dependiendo del municipio de afiliación, este se encarga de la dispensación y entrega. Algunos requieren ser autorizados previamente.



Para los usuarios del Valle de Aburrá y Medellín

Para reclamar medicamentos que están incluidos en el Plan de Beneficios, podrás dirigirte a los servicios farmacéuticos de Medic Colombia S.A.S presentando los siguientes documentos:

- Fórmula médica.
- Documento de identidad.
- Si el afiliado no reclama los medicamentos, la persona que realice el trámite deberá presentar fotocopia de tu documento.

Sede	Dirección	Horarios
Medellín	Carrera 46 No 27 – 106 - Punto Clave	Lunes a viernes: 7:00 a. m. - 5:00 p. m. y sábados: 8:00 a. m. - 12:00 p. m.
Medellín	Carrera 46 No. 47 - 66, Centro Comercial Punto de la Oriental, local 3050	Lunes a viernes: 7:00 a. m. - 5:00 p. m. y sábados: 8:00 a. m. - 12:00 p. m.
Envigado	Carrera 37 No 37 Sur - 24	Lunes a viernes: 7:00 a. m. - 5:00 p. m. y sábados: 8:00 a. m. - 12:00 p. m.
Caldas	Centro comercial Ruiseñor, Calle 131 Sur No. 50 – 24	Lunes a viernes: 7:00 a. m. - 5:00 p. m. y sábados: 8:00 a. m. - 12:00 p. m.
Bello	Carrera 49 No. 45 – 36	Lunes a viernes: 7:00 a. m. - 5:00 p. m. y sábados: 8:00 a. m. - 12:00 p. m.
Itagüi	Calle 56 No. 52 – 23	Lunes a viernes: 7:00 a. m. - 5:00 p. m. y sábados: 8:00 a. m. - 12:00 p. m.
Barbosa	Carrera 17 # 10-01	Lunes a viernes: 7:00 a. m. - 5:00 p. m. y sábados: 8:00 a. m. - 12:00 p. m.

Para reclamar medicamentos no incluidos en el PBS, una vez la tecnología en salud haya sido direccionada, podrán dirigirse a los servicios farmacéuticos del operador logístico correspondiente o al prestador donde se haya sido direccionado el medicamento, presentando los siguientes documentos:

- Fórmula MIPRES.
- Copia del documento de identidad.
- Si el afiliado no reclama los medicamentos, la persona que realice el trámite deberá presentar fotocopia del documento del afiliado.

Para los municipios en los que dispensa el prestador Todo Drogas:

- Puerto Berrio
- Cáceres
- Cauca
- El bagre
- Nechi
- Taraza
- Zaragoza
- Apartado
- Carepa
- Chigorodó
- Mutatá
- Necoclí
- Turbo
- Amalfi
- Anorí
- Remedios
- Segovia
- Yalí
- Yolombo
- Antioquia
- Anza

- Armenia
- Buritica
- Caicedo
- Dabeiba
- Frontino
- Giraldo
- Liborina
- Olaya
- Peque
- Sabanalarga
- San Jerónimo
- Sopetrán
- Angostura
- Briceño
- Valdivia
- Yarumal
- Abejorral
- Amagá
- Andes
- Betulia
- Bolívar
- Hispania
- Jardín
- Pueblorrico
- Santa Bárbara
- Támesis

Para reclamar medicamentos incluidos y no incluidos en el PBS, podrán dirigirse los puntos de dispensación del Operador logístico o a las oficinas de Savia Salud EPS ubicadas en cada uno de estos municipios y el gestor se encargará de gestionar internamente con Todo Drogas para que realicen el envío al municipio. Este último se contactará por mensaje de voz y de texto para informar la fecha en que puede ir a reclamar los medicamentos, exceptuando los medicamentos de control especial. Es importante al momento de la solicitud, actualice los datos de domicilio y teléfonos de contacto, esto lo puede hacer a través

de nuestra página web <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/tramites-en-linea/actualiza-tus-datos>.

Para tener en cuenta: Todo medicamento de aplicación requiere ser autorizado previamente y será remitido al lugar donde Savia Salud EPS lo designe.

Para los demás municipios en los que dispensa COHAN

Para reclamar medicamentos incluidos y no incluidos en el PBS, podrán dirigirse a las oficinas de Savia Salud EPS ubicadas en cada uno de estos municipios y el gestor se encargará de gestionar internamente con Cohan para que realicen el envío al municipio. Este último se contactará por mensaje de voz y de texto para informar la fecha en que puede ir a reclamar los medicamentos, exceptuando los medicamentos de control especial.

Es importante al momento de la solicitud, actualice los datos de domicilio y teléfonos de contacto, esto lo puede hacer a través de nuestra página web <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/tramites-en-linea/actualiza-tus-datos>.

Para tener en cuenta: todo medicamento de aplicación requiere ser autorizado previamente y será remitido al lugar donde Savia Salud EPS lo designe.

Nota: Todo medicamento que no esté disponible en el momento de la dispensación, desde el servicio farmacéutico generarán un formato de faltante el cual se te entregará como soporte y posteriormente se te hará

llegar al domicilio en un tiempo no mayor a las 48 horas. Ten presente que, si el medicamento prescrito está agotado, el servicio farmacéutico te deberá dar un formato de devolución donde se detalla que la no entrega obedece a un medicamento agotado o desabastecido, para que el médico tratante busque otras alternativas de tratamiento.

Reclamar en varias entregas

Es importante presentar siempre la fórmula médica original.

•Entrega de soportes nutricionales:

Para reclamar soportes nutricionales, podrás dirigirte a los servicios farmacéuticos de Medic Colombia S.A.S, o escribir al correo mipres@medic.com.co y solicitar el envío a tu domicilio, Enviar número de documento del usuario, dirección, teléfono y municipio (esto aplica para todo el departamento de Antioquia).

•Para entrega de pañales:

Para los usuarios de los municipios de Cáceres, Tarazá, Anzá, Buriticá, Caicedo, Giraldo, Liborina, Olaya, Sabanalarga, San Jerónimo, Sopetrán, Andes, Betulia y Jardín:

El encargado de la entrega es el proveedor Preventiva IPS. Podrás solicitar el servicio a través del correo electrónico: solicitudespanales@preventivaips.com.co o al WhatsApp: 300 997 6217.

Para realizar la solicitud, es necesario enviar la siguiente información del usuario:

- Número de documento
- Dirección
- Teléfono
- Municipio

Para los municipios de: Turbo, Caucasia, Necoclí, Carepa, Puerto Berrío, Yarumal, Mutatá, Abejorral, Ciudad Bolívar, Yolombó, Segovia, Santa Bárbara, Remedios, Amalfi, El Bagre, Zaragoza, Yalí, Amagá, Anorí, Frontino, Peque, Briceño, Támesis, Pueblo Rico, Armenia, Hispania, Valdivia, Nechí, Angostura y Dabeiba:

El encargado de la entrega es el proveedor TODO DROGAS. Podrás solicitarlos de la misma manera que los medicamentos.

Para el resto de los municipios, la entrega de pañales la realiza Medic Colombia S.A.S. Podrás dirigirte a los servicios farmacéuticos o escribir al correo mipres@medic.com.co para solicitar el envío a tu domicilio.

Para realizar la solicitud, es necesario enviar la siguiente información del usuario:

- Número de documento.
- Dirección.
- Teléfono.
- Municipio.



En cumplimiento a la Resolución 641 de 2024 por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, resultado del procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente de exclusiones la se encuentra relacionada a servicios o tecnologías que no pueden ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y por tanto, la EPS no está obligada a financiarlos dentro del PBS, si cumplen criterios como:

- Que su finalidad sea principalmente cosmética
- Que no exista evidencia científica suficiente sobre su seguridad o eficacia.
- Que sean experimentales o no estén autorizados por la autoridad competente.
- Que deban prestarse fuera del país.

(La lista específica de los servicios excluidos está en el anexo técnico de la Resolución 641 de 2024).

Esto no significa que no puedas acceder a ellos:

Si un profesional de salud los prescribe por necesidad médica, pueden tramitarse por mecanismos como MIPRES (si aplica).

Transporte o traslados de pacientes

Teniendo en cuenta lo planteado en la Resolución 2718 de 2024, Título V, artículo 105, el Plan de Beneficios de Salud (PBS) con cargo a la UPC financia el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- Movilización de pacientes con patología de urgencias, desde el sitio de ocurrencia de esta, hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.
- Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, cuando requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora, incluyendo, para estos casos, el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.
- El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente. Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria, si el médico así lo prescribe.

Transporte del paciente ambulatorio:

De acuerdo al Art 106 de la Resolución 2718 de 2024, describe que el servicio de transporte (intramunicipal o intermunicipal) en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el área de residencia (rural/urbano) o en el municipio de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente: Resolución 2717 de 2024, o las normas que lo complementen o sustituyan. Estas solicitudes deberán realizarse en las Oficinas de Atención al Afiliado o canales no presenciales.

Así mismo, los niños con cáncer o sospecha en Colombia tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento, al traslado para el desplazamiento y/o servicios complementarios, de acuerdo con sus necesidades certificadas por el trabajador social o responsable del centro de atención a cargo del menor.

En caso de que no se cumpla lo descrito, el servicio complementario de Transporte no asistencial podrá ser prescrito a criterio del profesional de la salud a través de la herramienta MIPRES, en cuyo caso deberá ser aprobado por la Junta de Profesionales de la Salud, para que SAVIA SALUD EPS proceda con la coordinación logística

Normatividad:

Ley 2026 de 2020	Por medio de la cual se modifica la Ley 1388 de 2010, se establecen medidas para garantizar la prestación de servicios de salud oncopediatria y se declara la atención integral como prioritaria a los menores con cáncer y se dictan otras disposiciones - Ley Jacobo.
Ley 2026 de 2020	Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores.
Resolución 740 de 2024	Por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios.
Resolución 2718 de 2024	Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Sentencia C-055 de 2022	Despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación.

De acuerdo con lo anterior, se adjunta listado de municipios del departamento de Antioquia catalogados como zonas dispersas: Frente a inquietudes, se recomienda

Número	Código DANE	Departamento	Municipio
1	05004	Antioquia	Abriaquí
2	05040	Antioquia	Anorí
3	05054	Antioquia	Apartadó
4	05051	Antioquia	Arboletes
5	05107	Antioquia	Briceño
6	05125	Antioquia	Caicedo
7	05147	Antioquia	Carepa
8	05172	Antioquia	Chigorodó
9	05234	Antioquia	Dabeiba
10	05250	Antioquia	El Bagre
11	05361	Antioquia	Ituango
12	05475	Antioquia	Murindó
13	05480	Antioquia	Mutatá
14	05490	Antioquia	Necoclí
15	05495	Antioquia	Nechí
16	05543	Antioquia	Peque
17	05591	Antioquia	Puerto Triunfo
18	05604	Antioquia	Remedios
19	05659	Antioquia	San Juan de Urabá
20	05665	Antioquia	San Pedro de Urabá
21	05790	Antioquia	Tarazá
22	05819	Antioquia	Toledo
23	05837	Antioquia	Turbo
24	05854	Antioquia	Valdivia
25	05853	Antioquia	Vigía del Fuerte

dirigirse a la oficina de Atención al usuario de Savia Salud EPS más cercana a su residencia, con los soportes asociados a su atención en salud para revisar cada caso de forma particular.

Nuestros compromisos contigo y tu bienestar

SER TRANSPORTADO EN CONDICIONES DE CALIDAD

Los usuarios tienen derecho a que el servicio adquirido sea prestado en las condiciones bajo las cuales fue ofrecido por la empresa de transporte, dentro de las que se encuentran las especificaciones y características como capacidad, comodidad, accesibilidad.

A RECIBIR INFORMACIÓN

La información que se le brinde a los usuarios deberá ser:

- **Completa:** El usuario debe conocer todas las condiciones del servicio.
- **Veraz:** La información suministrada al usuario debe ser conforme con las características y condiciones del servicio.
- **Transparente:** La información deberá ser transmitida de manera tal que no deje dudas o resulte ambigua.
- **Oportuna:** La información debe ser otorgada de forma previa a la decisión de compra o cuando sea solicitada por el usuario.
- **Verificable:** Debe existir constancia de lo

informado al usuario para que pueda ser consultado.

- **Comprensible:** La información debe ser otorgada en idioma castellano y en términos que puedan ser entendidos por cualquier persona o usuario promedio.
- **Precisa:** La información debe estar relacionada con el servicio que se solicita. Idónea: La información debe dar respuesta a las necesidades del usuario.

TRANSPORTE DE MENORES DE EDAD Y ADULTO MAYOR

Los usuarios menores de edad tienen derecho a transportarse en compañía de un adulto responsable y a ocupar un asiento, de igual manera, el servicio de transporte para el adulto mayor de (65 años en adelante) tiene derecho a viajar con acompañante.

ACCESO AFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE TRANSPORTE ASISTIDO

Los usuarios tienen derecho a que la EPS les proporcione el transporte ambulatorio terrestre y/o aéreo para garantizar el acceso a los servicios de salud cuando se deben de desplazar a un lugar diferente al de su residencia.

Tu compromiso también cuenta

• DEBER DE OBSERVAR LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD

Como usuario usted deberá observar las condiciones de seguridad impuestas por el transportador y la EPS.

- **DEBER DE UTILIZAR LOS SERVICIOS AUTORIZADOS**

El usuario debe viajar con la transportadora autorizada por la EPS.

- **DEBER DE PUNTUALIDAD EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE**

Estar 10 minutos antes de la hora indicada por el proveedor.

- **DEBER DE RESPETO Y BUEN TRATO**

Mantener una relación basada en el respeto mutuo con el conductor y el personal de la EPS.

- **DEBER DE RESPONSABILIDAD PERSONAL EN LA MOVILIDAD**

El usuario es el responsable de su movilidad, el conductor no está autorizado por ser un servicio de transporte no asistencial.

- **DEBER DE CUMPLIR LAS RUTAS Y DESTINOS AUTORIZADOS**

No solicitar traslados a lugares diferentes a los asignados por la EPS

Procedimiento

Para garantizar una gestión oportuna de sus servicios de transporte, por favor siga las instrucciones detalladas a continuación según su caso.

- Solicitud de Transporte (Previa a la cita)
- Si requiere programar su transporte, debe realizar la solicitud en el punto

de atención de su municipio con una antelación de 5 a 8 días hábiles antes de su cita médica.

- **Documentación requerida:**

- Documento de identidad original.
- Orden médica y soporte de la cita.
- Historia clínica (soporte de la necesidad del servicio).

Reembolsos

¿Qué debes tener en cuenta?

1. Plazo máximo de (20) días hábiles para presentar la solicitud de reembolso en las oficinas de SAVIA SALUD EPS, contados a partir de la fecha de la prestación del servicio siempre y cuando te encuentres al día en los pagos al momento de la solicitud y en la fecha en la que sucedió el evento.
2. Anexar la cuenta de cobro diligenciada y firmada. Formato (Anexo)

IMPORTANTE: Esta solicitud está sujeta a análisis y aprobación, por lo tanto no garantiza autorización de pago.

Si usted ya realizó el gasto y requiere el reintegro del dinero, debe presentarse en el punto de atención de su municipio con los soportes organizados y legibles según el perfil de quien recibe el pago:

Cuando el pago es para el propio Usuario

- Copia de la cédula de ciudadanía.

- Certificación bancaria (no mayor a 3 meses).
- RUT actualizado (solo si el transporte es por fallo de tutela).
- Historia clínica y fallo de tutela (si aplica).

Soportes de viaje: Recibos de transporte originales, legibles, sin tachones ni enmendaduras.

Nota: Si son recibos de caja menor, deben detallar: fecha, ruta, si es ida y vuelta, y si incluye acompañante.

Certificado de asistencia: Adjuntar debajo de cada recibo la constancia de asistencia a la cita (solo la primera hoja de la historia clínica donde sea visible la fecha que coincida con el recibo).

Cuando el pago es para un Tercero (Autorizado)

Si el usuario no es el titular de la cuenta bancaria donde se depositará el dinero, se debe presentar:

- Documento de identidad del usuario y de la persona que cobrará.
- Certificación bancaria de la persona que cobrará (no mayor a 3 meses).
- RUT de la persona que cobrará (si aplica por tutela).
- Carta de autorización del usuario donde autoriza el dueño de la cuenta (si es menor de edad es necesario el registro civil y si el acudiente autoriza que se le

pague a otra persona se envía tanto el documento del padre o la madre según sea el caso y la carta de autorización donde como madre o padre autoriza se pague a otra persona

- Recibos de transporte legibles sin enmendaduras ni tachones, si son recibos de caja menor con el concepto lo más claro posible (fecha, desplazamiento, si es ida y vuelta, y si va con acompañante) y debajo de cada recibo la constancia de asistencia a la cita de esta no es necesario toda la HC con que se envié la primera hoja donde se ve la fecha que coincida con el recibo es suficiente.

- Historia clínica
- En cuanto a la financiación de la estadía, SAVIA SALUD EPS, brindará la cobertura respectivamente a lo establecido en las coberturas del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Teniendo en cuenta que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad y que esta prerrogativa no se limita exclusivamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo, sin que este último se entienda como exclusivamente el final de la vida. La carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente, deberá incluir un capítulo especial concerniente al derecho fundamental a morir dignamente, donde se ponga en conocimiento público de los usuarios del SGSSS los derechos y deberes en lo concerniente a una muerte digna así:

- **Cuidado paliativo:** Cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.
- **Eutanasia:** Procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La

manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma.

- **Enfermedad terminal:** Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.
- **Agonía:** Situación que precede a la muerte cuando se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico, debilidad extrema, pérdida de capacidad cognitiva, conciencia, capacidad de ingesta de alimentos y pronóstico de vida de horas o días.
- **Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos - AET:** Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa, irreversible o terminal cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para esta. La AET supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño, sufrimiento

o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos.

- **Consentimiento informado:** Aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar un acto asistencial. Para tal fin, la persona deberá entender la naturaleza de la decisión tras recibir información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. El consentimiento informado se da en el momento de realización del procedimiento eutanásico y se da como resultado de un proceso de comunicación, donde el médico y el equipo interdisciplinario han dado información clara, objetiva, idónea y oportuna sobre la enfermedad o condición, estadio clínico y pronóstico, así como del proceso de la solicitud y del procedimiento a realizarse a la persona que expresa la solicitud, así como su derecho a desistir de la misma.

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

- **Enfermedad incurable avanzada:** Aquella enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evoluciona hacia la muerte a mediano plazo.

- **Solicitud de eutanasia:** Expresión verbal o escrita, realizada por un paciente que desea adelantar el momento de su muerte al encontrarse frente al sufrimiento provocado por una condición clínica de fin de vida. La solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. El documento de voluntad anticipada se considera una forma válida de expresión de la solicitud de eutanasia.



4.2.1 ATENCIÓN MÉDICA ACCESIBLE, IDÓNEA, DE CALIDAD Y EFICAZ

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

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

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

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

4.2.1.5 Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad

o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece.

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

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

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

4.2.1.9 Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran

a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.

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

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

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

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

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

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

4.2.2 PROTECCIÓN A LA DIGNIDAD HUMANA

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

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

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

4.2.2.4 Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud asociados

a la patología y la prohibición de que bajo ningún pretexto se deje de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos o cuotas moderadoras.

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

4.2.3 A LA INFORMACIÓN

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

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

4.2.3.3 Recibir, en caso de que el paciente sea menor de 18 años, toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, sus padres, o en su defecto su representante legal o cuidador, para

promover la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud. La información debe ser brindada teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra.

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

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

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

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

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

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

• **4.2.4 A LA AUTODETERMINACIÓN, CONSENTIMIENTO Y LIBRE ESCOGENCIA**

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

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

4.2.4.3 A suscribir un documento de voluntad anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado médico, sus preferencias de cuidado al final de la vida, sobre el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales.

4.2.4.4 A que los representantes legales del paciente mayor de edad, en caso de inconciencia o incapacidad para decidir, consientan, disientan o rechacen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.

4.2.4.5 A que, en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos.

La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor.

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

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

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

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

• 4.2.5 A LA CONFIDENCIALIDAD

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

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

4.2.6 A LA ASISTENCIA RELIGIOSA

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



- 4.3.1 Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- 4.3.2 Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- 4.3.3 Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- 4.3.4 Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud y a los otros pacientes o personas con que se relacione durante el proceso de atención.
- 4.3.5 Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los recursos de éste.
- 4.3.6 Cumplir las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 4.3.7 Actuar de buena fe frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 4.3.8 Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio de salud, incluyendo los documentos de voluntad anticipada.
- 4.3.9 Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

4.4.1 Servicios administrativos de contacto disponibles las 24 horas durante los 7 días de la semana por parte de la EPS, tales como: página web, número de teléfono, fax y correo electrónico u otro medio tecnológico que facilite la comunicación. Así mismo, debe estar disponible la dirección, número de teléfono y horario de atención de la oficina de atención al usuario en la región de residencia del afiliado.

Savia Salud EPS cuenta con los siguientes medios de contacto para brindar asesoría y atención a los afiliados.

- Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Línea local: +57 (604) 448 17 47
- Línea nacional de atención:
+57 01 8000 423 683

Centro Regulador (exclusivamente para IPS):

- Línea nacional de atención:
+57 01 8000 423 683 Op.2 WhatsApp:
+57 314 593 2296

- **WhatsApp red prestadora:**
+57 333 6025205

Atención de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

• **Sitio web:**

- www.saviasaludeps.com
- Redes sociales:
- Facebook
- Red social X
- Instagram

- LinkedIn
- YouTube
- TikTok

Recepción de solicitudes las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Correos electrónicos
- Atención al ciudadano:
 - atencionalciudadano@saviasaludeps.com
- Notificaciones judiciales:
 - notificacionesjudiciales@saviasaludeps.com
- Portabilidad:
 - portabilidad@saviasaludeps.com

4.4.2 Información en la que se indique a la persona afiliada y al paciente que le deben garantizar los servicios y tecnologías autorizado por la autoridad competente y según pertinencia médica, salvo los que estén expresamente excluidos.

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

- Los organismos que ejercen las funciones de inspección, vigilancia y control a los cuales pueden acudir los afiliados en

caso de requerir asesoría o consideren vulnerados sus derechos:

- **Superintendencia Nacional de Salud - SNS Dirección: Dirección: Carrera 13 # 28 - 08, locales 21 y 22, Bogotá D.C.**

- Línea Nacional: 01 8000 513 700
- Línea de atención: 57 601 744 2000

- **Defensoría del Pueblo Medellín:**

Correo: antioquia@defensoria.org.co
Dirección: Oficina Principal - Carrera 49 # 49 - 24, Ed. Bancomercio - pisos 3, 4, 5 y 6.

- Teléfono: 604 511 4381

- **Procuraduría General de la Nación Dirección: Carrera 56 A # 49 A - 30, Medellín**

- Teléfono: 604 6040294 Ext. 41114
- Sitio web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx>

- **Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia - SSSA Dirección: Calle 42B # 52-106, Gobernación de Antioquia, piso 8, Medellín.**

- Conmutador: 383 8000
- Sitio web: www.dssa.gov.co

- **Veeduría en Salud para Medellín y el Área Metropolitana, registro 578**

- Correo: veeduriaensalud578@gmail.com
- Celular: 300 784 3513

4.4.4 Condiciones, procedimientos y términos para ejercer su derecho a la libre elección de prestador de servicios de salud dentro de la red de prestación de servicios definida por la EPS y condiciones, procedimientos y términos para trasladarse de EPS.

4.4.5 Información del nombre, la dirección, teléfono y página web de las entidades que tienen facultades de inspección, vigilancia y control sobre las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y sobre los prestadores de servicios de salud.

- Los entes de control que ejercen las funciones de Inspección, Vigilancia y Control a los cuales pueden acudir los afiliados en caso de requerir asesoría o consideren vulnerados sus derechos:

- **Superintendencia Nacional de Salud - SNS Dirección: Dirección: Carrera 13 # 28 - 08, locales 21 y 22, Bogotá D.C.**

- Línea Nacional: 01 8000 513 700
- Línea de atención: 57 601 744 2000

- **Defensoría del Pueblo Medellín: Correo: antioquia@defensoria.org.co Dirección: Oficina Principal - Carrera 49 # 49 - 24, Ed. Bancomercio - pisos 3, 4, 5 y 6.**

- Teléfono: 604 511 4381

- **Procuraduría General de la Nación Dirección: Carrera 56 A # 49 A - 30, Medellín**

- Teléfono: 604 6040294 Ext. 41114
- Sitio web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procesos-judiciales.aspx>

- **Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia - SSSA Dirección: Calle 42B # 52-106, Gobernación de Antioquia, piso 8, Medellín.**

- Conmutador: 383 8000
- Sitio web: www.dssa.gov.co
- Personería Distrital de Medellín
- Carrera 53A No 42 - 101, contigua al Centro Administrativo La Alpujarra. Medellín, Colombia.

- Horario: lunes a viernes de 6:00 a.m. - 10:00 p.m.
- Teléfono: +57(604) 3849999 Ext.300 - 018000518618
- EMAIL: info@personeriamedellin.gov.co
- Sitio web: <https://www.personeriamedellin.gov.co/>

4.4.6 Información sobre otras organizaciones de carácter ciudadano y comunitario a las que puede acudir la persona afiliada para exigir el cumplimiento de sus derechos, así como los mecanismos de participación en las mismas.

Savia Salud EPS cuenta con las siguientes organizaciones:

- Asociación de Usuarios departamental de Savia Salud EP: AUDASS
Correo: audass.directiva@gmail.com.
- Asociación de Usuarios de Savia Salud EPS en Medellín: AUSSMED
Correo: aussmed20@gmail.com

• **Mecanismos de protección:**

En desarrollo de lo anterior y sin perjuicio de las acciones constitucionales, como afiliado, podrán hacer uso de los siguientes mecanismos de protección:

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

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

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



4.5.1.1 Glosario

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

Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos – AET: Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa, irreversible o terminal cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para esta. La AET supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño, sufrimiento o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos.

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

Cuidado paliativo: Cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad

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

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

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

Enfermedad terminal: Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico - psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.

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

4.5.1.2 PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD PARA MAYORES DE EDAD A TRAVÉS DE LA EUTANASIA

Resolución 971 de 2021: “Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo del Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia”.

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones para la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia como forma de ejercer el derecho a morir con dignidad e impartir directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones aquí previstas se aplicarán a:

2.1 El talento humano en salud y personal médico.

2.2 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS.

2.3 Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB.

2.4 Los ciudadanos colombianos, y a las personas extranjeras domiciliadas en el país.

Parágrafo. Para el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de eutanasia por parte de personas extranjeras, se requiere contar con domicilio ininterrumpido en el territorio colombiano de un (1) año.

Artículo 3. Definiciones. Para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

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

3.2 Adecuación de los esfuerzos terapéuticos (AET). Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta. La AET supone la retirada o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los

fines y medios terapéuticos.

3.3 Consentimiento Informado. Aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar un acto asistencial. Para tal fin, la persona deberá entender la naturaleza de la decisión tras recibir información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. El consentimiento informado se da en el momento de realización del procedimiento eutanásico, y se da como resultado de un proceso de comunicación, donde el médico y el equipo inter- disciplinario han dado información clara objetiva, idónea y oportuna sobre la enfermedad o condición, estadio clínico y pronóstico, así como del proceso de la solicitud y del procedimiento a realizarse, a la persona que expresa la solicitud, así como de su derecho a desistir de la misma.

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

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

3.6 Enfermedad incurable avanzada.

Aquella enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.

3.7. Enfermedad terminal. Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.

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

3.9. Solicitud de eutanasia. Expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente que desea adelantar el momento de muerte al encontrarse frente a sufrimiento provocado por una condición clínica de fin de vida. La solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. El documento de voluntad anticipada se considera una forma válida de expresión de la solicitud de eutanasia.

Artículo 4. Criterios de la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad. Son criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia la prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad.

Artículo 5. Desistimiento de la solicitud para morir con dignidad. En cualquier

momento del proceso de atención y trámite de una solicitud de eutanasia, la persona podrá desistir de la misma y optar por otras alternativas del cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo y la adecuación de los esfuerzos terapéuticos

Capítulo II

De la atención y trámite de la solicitud de eutanasia

Artículo 6. Sobre la solicitud de eutanasia. La solicitud de eutanasia debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. Puede ser expresada de manera directa por el paciente por medio de una declaración verbal o escrita, y de manera indirecta a través de un Documento de Voluntad Anticipada - DVA, en los términos de la normativa vigente al momento de su suscripción.

Artículo 7. Requisitos mínimos para expresar la solicitud. Son requisitos mínimos para expresar una solicitud:

(i) la presencia de una condición clínica de fin de vida, esto es, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, o agonía, (ii) presentar sufrimiento secundario a esta, (iii) estar en condiciones de expresar la solicitud de manera directa.

La solicitud expresada de manera indirecta a través de un DVA tiene como requisito mínimo estar debidamente formalizado en los términos de la normativa vigente al momento de su suscripción.

Parágrafo. En caso de que el médico tenga dudas sobre cualquiera de los requisitos mínimos antes referidos debe activar el Comité para que adelante las verificaciones pertinentes.

Artículo 8. Recepción de la solicitud. El médico que reciba la solicitud es el primer responsable del reporte de información de

que trata el artículo 18 de esta resolución, por lo que, frente a la recepción de la solicitud, el médico deberá:

8.1 Revisar que sea voluntaria, informada e inequívoca.

8.2 Revisar las condiciones mínimas previstas en el artículo 7 de esta resolución e informar al paciente sobre el proceso a seguir como se establece el artículo 9 del presente acto administrativo.

8.3 Registrar la solicitud en la historia clínica desde el mismo momento en que es expresada por el paciente.

8.4. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas y activar el Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, a través de eutanasia, en caso de que se cumplan las condiciones antes señaladas. También la recepción de una solicitud por medio de un DVA se debe reportar dentro de las primeras veinticuatro (24) horas, activar el Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, a través de eutanasia, y brindar la información conforme a lo dispuesto en el artículo 10 del presente acto administrativo.

Parágrafo. Todos los médicos son competentes para recibir una solicitud de eutanasia, este acto asistencial no está limitado, ni es exclusivo de los médicos tratantes o de la especialidad del diagnóstico que motiva la condición de final de la vida. La recepción de la solicitud activa un proceso asistencial que lleva a evaluaciones y verificaciones por las partes respectivas a las valoraciones que determinan el cumplimiento de las condiciones establecidas por la sentencia C 239 de 1997.

Artículo 9. Información al paciente que solicita eutanasia. Una vez el médico ha

identificado los requisitos mínimos de los que trata el artículo 7 de esta resolución, deberá:

9.1 Informar al paciente que expresa la solicitud sobre:

9.1.1 Derecho a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos.

9.1.2 Derecho a recibir atención por cuidados paliativos.

9.1.3 Derecho a desistir de la solicitud en cualquier momento.

9.1.4 Proceso de activación del Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia y que le corresponde a este verificar el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia que se describen en el artículo 14 del presente acto administrativo.

9.2 En caso de que la solicitud del paciente persista tras recibir la información, se deberá indicar cuál es el proceso asistencial de las evaluaciones y valoraciones para dar curso a su solicitud y que determinarán:

9.2.1. Capacidad y competencia mental.

9.2.2. Evaluación del sufrimiento.

9.2.3. Presencia de enfermedad terminal.

9.2.4. Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas.

Parágrafo. La razonabilidad de los tratamientos depende de los principios de proporcionalidad, doble efecto y consecuencias de estos para la persona y lo que considera calidad de vida y dignidad en su condición clínica. La identificación de alternativas razonables debe tener en cuenta la posibilidad del rechazo terapéutico y la posible futilidad de medios, procedimientos o tratamientos.

Artículo 10. Información sobre a la solicitud de eutanasia a través de un Documento de Voluntad Anticipada - DVA. El médico que ha recibido una solicitud por medio de un DVA deberá informar sobre:

10.1. El derecho a recibir atención por cuidados paliativos.

10.2.A la adecuación de los esfuerzos terapéuticos.

10.3 El proceso de activación del Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia.

10.4 El proceso clínico de las evaluaciones y valoraciones que determinaran:

10.4.1 La validez jurídica del documento para la solicitud de eutanasia.

10.4.2 Evaluación del sufrimiento.

10.4.3 Presencia de enfermedad terminal.

10.4.4 Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento.

10.4.5 Recepción de cuidados paliativos.

Artículo 11. Incumplimiento de condiciones mínimas para el procesamiento de la solicitud. El comité no se activará en los siguientes casos: (i) ante la imposibilidad de expresar la solicitud de manera libre e informada en ausencia de un DVA. (ii) cuando la solicitud sea por medio de un tercero en ausencia de un DVA, (iii) la ausencia de información concreta sobre el ejercicio de derechos al final de la vida o (iv) el desistimiento de la solicitud tras ser informado de acuerdo con lo establecido por el artículo 8 del presente acto administrativo.

Artículo 12. Petición de segunda opinión por parte del paciente. El paciente que

no esté de acuerdo con la razón de no activación del Comité puede requerir una segunda opinión expresando la solicitud a otro médico. En caso de recibir un nuevo concepto de no activación podrá dirigir su solicitud de manera directa al Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de eutanasia.

Artículo 13. Valoraciones, evaluaciones y verificación de condiciones. Las valoraciones, evaluaciones y la verificación de condiciones deben darse dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la expresión de la solicitud.

Las evaluaciones y valoraciones para dar trámite a la solicitud incluyen la determinación de la capacidad y competencia mental, la evaluación del sufrimiento, la presencia de enfermedad terminal y la inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas.

Todas las actuaciones relacionadas con el manejo de la solicitud, evaluaciones, valoraciones y conceptos derivados de dicho trámite serán registradas en la historia clínica del paciente y esta documentación será remitida al Comité Interdisciplinario para ser usada en el proceso de verificación.

Parágrafo 1. No se realizará evaluación de la capacidad mental ante una solicitud por medio de un DVA, en tanto que, al momento de suscribirlo, el paciente ha realizado la declaración concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y que está informado de las implicaciones de su declaración.

Parágrafo 2. En caso de registro en el DVA

de rechazo o desistimiento específico, claro, expreso e inequívoco sobre la recepción de cuidados paliativos, esta valoración no tendrá que ser incluida.

Artículo 14. Trámite de revisión de la solicitud. Realizadas las evaluaciones valoraciones el Comité deberá verificar la existencia de las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico a saber, (i) presencia de enfermedad terminal, (ii) sufrimiento secundario a la enfermedad terminal, (iii) capacidad y competencia mental, (iv) inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad que provoca la condición de enfermedad terminal o del alivio de síntomas, (v) recepción de cuidados paliativos. Si estas se cumplen informará a la persona la decisión y, se preguntará al paciente, si reitera su decisión.

En el evento de que el paciente reitera su decisión, el Comité autorizará el procedimiento y éste será programado en la fecha que la persona indique, el paciente tiene un máximo de quince (15) días calendario después de reiterada su decisión para programar el procedimiento eutanásico.

Para la realización del procedimiento eutanásico, se requiere el consentimiento informado del paciente, el cual se solicita en cumplimiento al criterio de prevalencia de la autonomía del paciente. Quienes han tramitado la solicitud por medio de un DVA, tal documento se entiende como la reiteración de la solicitud. El procedimiento eutanásico tiene carácter gratuito y, en consecuencia, no podrá ser facturado.

Parágrafo 1. Un DVA que no esté adecuadamente formalizado o cuyo

contenido le hace carecer de validez jurídica, de acuerdo con la normatividad vigente para tal fin, no debe ser tramitado.

Parágrafo 2. En un DVA la competencia para expresar la solicitud y dar el consentimiento se verificará en la indicación donde se manifieste que, al momento de suscribirlo, el paciente se encontraba en pleno uso de sus facultades mentales y libres de toda coacción, informado de las implicaciones de la declaración.

Artículo 15. Petición de segunda opinión por parte del paciente cuando la respuesta del Comité es el no cumplimiento. El paciente que reciba una respuesta de no cumplimiento al trámite de su solicitud podrá requerir una segunda opinión de un Comité conformado por integrantes diferentes a los que sesionaron previamente.

Artículo 16. De la eventual objeción de conciencia. La objeción de conciencia debe ser expresada de manera previa al conocimiento de la solicitud y solo puede ser alegada por el médico que tiene el deber de realizar el procedimiento eutanásico. La objeción de conciencia no puede ser alegada por las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida o que se encuentran atendiendo los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes. Tampoco puede alegarse por las instituciones prestadoras de salud.

Para leer la resolución completa visite el siguiente link: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=114617#:~:text=La%20presente%20resoluci%C3%B3n%20>

tiene%20por,para%20el%20Derecho%20a%20Morir

Resolución 825 de 2018: “Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes”.

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. La presente resolución tiene por objeto regular el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes, en cumplimiento de lo ordenado en la Sentencia T-544 de 2017 proferida por la Corte Constitucional y teniendo en cuenta el interés superior del menor.

Este acto administrativo se aplicará a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, públicas y privadas, y a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los regímenes especiales y de excepción.

Artículo 2. Definiciones. Para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

2.1 Derecho a cuidados paliativos pediátricos. Tienen derecho a cuidado paliativo pediátrico todos los niños, niñas y adolescentes con condiciones limitantes para la vida o que acortan el curso de esta, en las cuales no hay esperanza razonable de cura y por la cual el niño, niña

o adolescente podría morir, así como las condiciones amenazantes para la vida, las cuales pueden ser susceptibles de manejo curativo de eficacia comprobada que puede fallar y derivar en la muerte.

2.2 Toma de decisiones de los niños, niñas y adolescentes en el ámbito médico. La toma de decisiones en el ámbito médico está definida por la concurrencia de las siguientes aptitudes: (i) capacidad de comunicar la decisión, (ii) capacidad de entendimiento, (iii) capacidad de razonar y (iv) capacidad de juicio. Cuando por causa de discapacidad o por evolución de su enfermedad, los niños, niñas o adolescentes no puedan o se les dificulte comunicar su decisión se buscarán todos los apoyos y ajustes razonables que permitan la expresión voluntaria, libre, informada e inequívoca de esta. Mediante dichos apoyos y ajustes no se podrá sugerir o insinuar el procedimiento ni buscar el asentimiento de consideraciones realizadas por terceros.

2.3. Concepto de muerte según edad evolutiva del niño, niña o adolescente. El entendimiento del concepto de la muerte evoluciona con la edad hasta consolidarse como irreversible e inexorable, así:

2.3.1 De 0 a 3 años. La muerte no es un concepto real ni formal. No existe idea de muerte propia.

2.3.2 De 3 a 6 años. El niño o niña desarrolla su pensamiento prelógico, intuitivo, aparece la idea de muerte como fenómeno temporal, la muerte es reversible o transitoria. No se consolida idea de muerte propia.

2.3.3 De 6 a 12 años. El niño o niña desarrolla un pensamiento lógico, operacional, que le permite adquirir elementos que hacen parte del concepto de muerte,

como la inmovilidad, universalidad e irrevocabilidad. En este momento del desarrollo ya existe un razonamiento concreto y una capacidad de establecer relaciones causa-efecto. El niño o niña puede evaluar varios puntos de vista, pero aún no adquiere la habilidad de generar un pensamiento abstracto que le implique comprender lo permanente y absoluto de la muerte. Resultado de esto el concepto de muerte se elabora con gradual consciencia de irreversibilidad y de final. La muerte propia o de un ser querido, es difícil de comprender.

2.3.4. A partir de los 12 años. Desde los doce años de edad se presenta el concepto de muerte vinculado a la capacidad de abstracción desde el cual se logra el entendimiento de que todo el mundo, incluso uno mismo, va a morir, tarde o temprano. A pesar de ello, la propia muerte se percibe muy lejana; hay un periodo crítico de aceptación y existe temor a lo que puede pasar antes de la muerte. El concepto de muerte se consolida como irreversible, universal e inexorable.

Se debe reconocer que de forma excepcional algunos niños o niñas en los últimos dos rangos pueden alcanzar conceptos móviles dependiendo de la experiencia y madurez de cada situación particular, en especial, para los niños cercanos a los 12 años.

2.4. Niño, niña y adolescente con una enfermedad y/o condición en fase terminal. Se entiende como aquella en la que concurren un pronóstico de vida inferior a 6 meses en presencia de una enfermedad y/o condición amenazante para la vida, limitante para la vida o que acorta el curso de la vida, y la ausencia de una posibilidad razonable de cura,

la falla de los tratamientos curativos o la ausencia de resultados con tratamientos específicos, además de la presencia de problemas numerosos o síntomas intensos y múltiples.

2.5. Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención de su salud. Son los niños, niñas y adolescentes que tienen, o se hallan en riesgo elevado de tener, una condición crónica física, emocional, del desarrollo o del comportamiento, requiriendo en consecuencia servicios de salud en calidad y cantidad diversa y mayor a los que los niños, niñas y adolescentes requieren en general.

2.6. Niños, niñas y adolescentes dependientes de tecnología. Son los niños, niñas y adolescentes que requieren tanto de equipamiento médico para el mantenimiento de la vida de forma prolongada para compensar la pérdida de una función vital del cuerpo, como de cuidados permanentes para prevenir la muerte o futuras discapacidades y cuyos cuidados pueden ser dispensados en el hogar por el personal de salud, la familia y/o los cuidadores.

2.7. Patria potestad. De conformidad con lo establecido en el artículo 288 del Código Civil, la patria potestad es el conjunto de derechos que la ley reconoce a los padres sobre sus hijos no emancipados, para facilitar el cumplimiento de los deberes que su calidad les impone. El ejercicio de la patria potestad corresponde conjuntamente a ambos padres. A falta de uno de los padres, la ejercerá el otro.

Artículo 3. Sujetos de exclusión de la solicitud del procedimiento eutanásico. Se excluyen de la posibilidad de presentar una

solicitud para el procedimiento eutanásico, las siguientes personas:

3.1 Recién nacidos y neonatos.

3.2 Primera infancia.

3.3 Grupo poblacional de los 6 a los 12 años, salvo que se cumplan las condiciones definidas en el parágrafo del presente artículo.

3.4 Niños, niñas y adolescentes que presenten estados alterados de conciencia.

3.5 Niños, niñas y adolescentes con discapacidades intelectuales.

Niños, niñas y adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo.

Parágrafo. Sin perjuicio de que se cumplan todos los requisitos establecidos en los artículos 8 y 9 de la presente resolución, los niños o niñas del grupo poblacional entre los 6 y 12 años podrán presentar solicitudes de aplicación del procedimiento eutanásico si (i) alcanzan un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional que les permita tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca en el ámbito médico y (ii) su concepto de muerte alcanza el nivel esperado para un niño mayor de 12 años según lo descrito en el numeral 2.3.4 de la presente resolución.

Capítulo II

Del cuidado paliativo pediátrico

Artículo 4. Cuidados paliativos pediátricos. El cuidado paliativo para los niños, niñas y adolescentes es el enfoque de atención hacia el cuidado activo y total, desde el diagnóstico o del reconocimiento de

su necesidad, a través de la vida y el proceso de muerte. Ampara la atención de los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. Se enfoca especialmente en mejorar la calidad de vida del niño, niña o adolescente y en apoyar a su familia durante el proceso de enfermedad y posterior a la muerte del niño, niña o adolescente. El cuidado activo y total incluye el manejo de síntomas angustiantes, la provisión de descansos cortos durante los tratamientos, la readecuación del esfuerzo terapéutico y los cuidados durante el proceso de muerte y el duelo.

Artículo 5. Sujetos de cuidados paliativos pediátricos. Son sujetos de cuidados paliativos pediátricos:

5.1. Niños, niñas y adolescentes con condiciones amenazantes para la vida, susceptibles de manejo curativo que puede fallar. El cuidado paliativo pediátrico puede ser necesario durante una crisis, durante el tratamiento o en caso de que el mismo falle.

5.2. Niños, niñas y adolescentes con condiciones donde la muerte prematura es inevitable, quienes pueden presentar largos periodos de tratamiento intensivo que tengan como objetivo prolongar la vida y permitir la participación en actividades normales.

5.3. Niños, niñas y adolescentes con enfermedades progresivas sin opciones de tratamiento curativo, donde el tratamiento es exclusivamente paliativo y puede verse extendido durante muchos años.

5.4. Niños, niñas y adolescentes con enfermedades irreversibles, pero no progresivas que causan discapacidad

severa y derivan en susceptibilidad a complicaciones de salud y a la muerte prematura.

Parágrafo 1. Los cuidados paliativos para niños, niñas y adolescentes deben ser ofertados y garantizados sin que medie solicitud previa del niño, niña o adolescente o de quien ejerza la patria potestad o de los adultos responsables de su cuidado.

Parágrafo 2. Los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención de su salud y los dependientes de tecnología, por el solo hecho de presentar estas condiciones especiales no son sujetos directos de cuidado paliativo pediátrico. Sin embargo, de acuerdo con la severidad y características de su condición, serán susceptibles de ser beneficiarios del mismo a criterio del médico tratante.

Artículo 6. Desistimiento de la atención en cuidado paliativo pediátrico. Los niños, niñas y adolescentes podrán desistir de las intervenciones, o parte de la atención integral de su enfermedad y/o condición. De igual manera, el niño, niña o adolescente podrá solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a tratamientos e intervenciones clínicas que sean fútiles o desproporcionadas en su condición y que puedan resultar en distansia u obstinación terapéutica. En ese mismo orden, podrá también desistir la atención de cuidado paliativo pediátrico.

Para el desistimiento de que trata el presente artículo es necesario:

6.1. Que el médico tratante considere, sin

excepción, la necesidad de readecuación de los esfuerzos terapéuticos, al mismo tiempo que realiza una nueva planeación de objetivos de cuidado y alivio sintomático, dejando claro el registro en la historia clínica.

6.2. Que se cuente con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del niño o niña o adolescente si el mismo es menor de 14 años de edad. Si el niño, niña o adolescente no cuenta con capacidad para la toma de decisiones en el ámbito médico, quien ejerza la patria potestad o quien tenga el cuidado del niño, niña o adolescente, podrá desistir de los tratamientos y solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negar que se apliquen tratamientos e intervenciones clínicas que sean fútiles o desproporcionadas en su condición y que puedan resultar en distanasia u obstinación terapéutica. En ese mismo orden, podrán también desistir de la atención de cuidado paliativo pediátrico.

Capítulo III

Procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia de adolescentes y excepcionalmente de niños y niñas entre 6 y 12 años.

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

7.1. Prevalencia del cuidado paliativo.

7.2. Prevalencia de la autonomía del paciente.

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

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

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

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

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

8.1. Informar de dicha solicitud a quien ejerza la patria potestad del adolescente y poner en su conocimiento y del paciente, el derecho que tiene a recibir cuidados paliativos pediátricos, de acuerdo con la definición establecida en la presente

resolución y en el marco de la Ley 1733 de 2014, así como informar del derecho a desistir en cualquier momento de la solicitud.

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

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

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

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

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

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

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

8.6. Registrar en la historia clínica, de forma clara y concisa, la descripción de

sufrimiento constante e insoportable que lleva a la solicitud, de acuerdo con la expresión del solicitante e incluyendo la percepción del médico tratante, las interconsultas o valoraciones realizadas.

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

8.8. Valorar si la primera solicitud se mantiene al momento de llevar la petición ante el comité. La reiteración puede darse durante las diferentes valoraciones del paciente en su proceso de atención y debe quedar registrada en la historia clínica por parte del profesional de la salud que la haya recibido. Una vez recibida la solicitud, el médico y el equipo interdisciplinario tratante tendrán quince (15) días calendario para cumplir con lo previsto en el presente artículo.

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

Parágrafo 2. En el evento que el adolescente no supiere que pudiese suscribir la solicitud, esta se hará a ruego ante dos testigos imprimiéndose la huella dactilar o plantar del otorgante, acorde con lo previsto en el artículo 826 del Decreto 410 de 1971. Igualmente, previa valoración de la capacidad, se tendrán como válidas las manifestaciones de voluntad de los adolescentes a través de grabaciones

magnetofónicas, videgrabaciones o mediante el empleo de otros medios tecnológicos en los términos del artículo 243 de la Ley 1564 de 2012.

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

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

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

9.2. Revisar si la solicitud fue expresada de

forma explícita y nunca bajo sugerencia, inducción o coacción, para que pueda ser considerada como voluntaria y libre.

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

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

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

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

10.2. De los 14 a los 17 años no es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerza

la patria potestad del adolescente. Siempre se informará a quien la ejerza sobre la decisión adoptada por el paciente.

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

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

Artículo 11. Consentimiento sustituto del niño, niña o adolescente. Para efectos de la presente resolución, entiéndase como consentimiento sustituto aquel expresado por quien ejerza la patria potestad de los niños, niñas o adolescentes que, habiendo manifestado su voluntad, de acuerdo con los presupuestos establecidos por el artículo 8 (para mayores de 12 años) y artículos 8 y 9 de la presente resolución (para los casos excepcionales del rango de edad de los 6 a los 12 años), se encuentran en imposibilidad para reiterar.

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

Artículo 12. Presentación de la petición ante el comité. Una vez establecido el cumplimiento de los requisitos señalados en los artículos 8 y 9 de la presente resolución, el médico tratante presentará el caso ante el comité que tiene a cargo el paciente y adjuntará copia de la historia clínica, documento de formalización, según el numeral 8.6 del artículo 8, de

este acto administrativo y todos aquellos documentos que considere pertinentes para sustentar la solicitud.

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

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

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

Artículo 15. Desistimiento de la solicitud de eutanasia. Es deber del médico informar del derecho al desistimiento desde la primera expresión de solicitud. En cualquier momento del trámite, tanto de la solicitud como de la petición, durante la evaluación realizada por el comité y con posterioridad a esta, hasta el momento de la práctica del procedimiento eutanásico, el niño, niña o adolescente podrá desistir de continuar con el trámite y optar por otras alternativas, para lo cual siempre se ofertará y garantizará la atención por cuidados paliativos. El desistimiento es exclusivo del niño, niña o adolescente.

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

Para consultar la resolución completa visite el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-825-de-2018.pdf>
Circular Externa 20211700000006-5 de 2021, Superintendencia Nacional de Salud.

Savia Salud EPS cuenta con:

Red de prestadores que tienen habilitados los servicios necesarios para dar cobertura a los usuarios donde estos lo requieran.

Ruta de atención socializada con su red, que permita garantizar efectivamente el derecho a morir con dignidad a los afiliados.

Acciones de auditoría periódica a los prestadores de servicios de salud, velando por la garantía del procedimiento e implementación del proceso institucional, en cumplimiento a la normativa vigente.

Estar afiliado a una Entidad Administradora de Planes de Beneficio – EAPB, garantiza acceder al derecho de recibir todos los servicios de salud incluidos en el plan de beneficios que comprenden: protección integral en caso de enfermedad general o maternidad incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sin importar el costo o la complejidad de la atención requerida.

¿Qué es la libre elección de la EAPB?

Es un principio del derecho fundamental en salud, que consiste en la libertad que tienen las personas para elegir la EAPB ya sea en el régimen Contributivo o Subsidiado, en las Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar, de su preferencia y en la cual desean recibir atención en salud, dicha institución se encargará de garantizar la prestación de los servicios de salud requeridos por el afiliado.

Condiciones para la libre elección de su IPS Savia Salud EPS garantiza a los afiliados la posibilidad de escoger la institución IPS para la prestación de los servicios de salud, entre los diferentes prestadores contratados y descritos en esta cartilla. A cada usuario se le asigna una IPS/ESE a través de la cual se brindan los servicios de primer nivel. Esta IPS/ESE siempre será el hospital público del municipio y en Medellín será el hospital ubicado en la comuna o corregimiento donde reside.

Cuando requieran un cambio de IPS/ESE por servicio, atención electiva o cambio de municipio, deben acudir a la oficina de Savia Salud EPS de cada municipio y consultar si la IPS/ESE tiene contratados los servicios que requieren. Si cambian de municipio o de residencia temporalmente, deben realizar la solicitud de portabilidad.

Solicitud de portabilidad

Cuando cambies de domicilio, deberás hacer uso de la portabilidad, la cual permitirá a la EAPB continuar garantizando los servicios de salud en su nuevo domicilio. La solicitud la podrás realizar a través de los diferentes canales establecidos.

- Página web: www.saviasaludeps.com en el enlace <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/index.php/afiliados/careers/solicitud-de-portabilidad>
- Correo electrónico: portabilidad@saviasaludeps.com
- Línea nacional: 01 8000 423683, opción 1.
- Línea local: 604 448 17 47.



Oficinas de atención al usuario de Savia Salud EPS.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Abejorral	Calle 47 52 - 135 Al interior de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios Abejorral	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:00 p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Abriaquí	Calle 9 # 2-59 Hospital San Juan de Dios	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Aleandría	Carrera 19 # 16 - 70, Hospital Pbro. Luis Felipe	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. Miércoles de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Amagá	Carrera 52 # 51 - 45.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., miércoles de 7:00 a.m. a 12:00p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Amalfi	Carrera 21 21- 12/19 carrera Sucre	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m., miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Andes	Carrera 48 # 54 a - 06, Sector Hospital	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 2:00 p.m, miércoles 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Angelópolis	Calle 8 # 7 - 108, contiguo a la E.S.E. Hospital La Misericordia.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m
Angostura	Calle 10 # 9-55	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Anorí	Calle 30 # 31 - 10, La Capilla.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Anzá	Carrera 8 # 7 - 36. Frente al Hospital	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Apartadó	Calle 97A # 104 – 14, barrio Nuevo Apartadó.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
Arboletes	Calle 20 de julio # 30 - 13 diagonal Parque Educativo los Manglares.	Lunes a viernes 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
Argelia	Calle 31 # 31 - 59.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Armenia	Calle 11 # 6 - 36.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Barbosa	Calle 16 # 14 - 32.	Lunes a jueves de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.
Bello Manchester	Calle 45 # 47 – 11, local 1, edificio Manchester.	Lunes a jueves de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.
Belmira	Carrera 20 #20-2 dentro de las instalaciones de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Rosario	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
Betania	Calle 20 Bolívar # 26 -101, barrio La Cumbre.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Betulia	Diagonal a Carrera 21 #16-74 Sector Villanueva	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 2:00 p.m., miércoles 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Betulia - Altamira	Calle 10 # 7 - 121 Interior 101.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 07:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Briceño	Calle 9 # 9 - 05, parque principal.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
Buriticá	Calle 8 # 3 - 100, barrio El Chispero.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Cáceres	Calle 49 # 50 - 32 Barrio Santander	Lunes martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m., miércoles de 7:00 a.m. a 12 p.m. y sabados 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Caicedo	Carrera 5 # 3-24	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m a 1:00 p.m
Caldas	Calle 128 Sur # 50 - 44, Mall Antares, local comercial 99902.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Campamento	Carrera 10 # 10 - 04, primer piso.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
Cañasgordas	Carrera 31 # 33 - 90	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m a 1:00 p.m.
Caracolí	Cra 21 Calle 21 # 1- 03	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles de 8:00 a.m. a 12 p.m. y sábados 8:00 a.m. a 11:00 a.m.
Caramanta	Carrera Leticia # 19 - 68.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., miércoles de 7:00 a.m. a 12 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 12:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Carepa	Carrera 78 # 76 - 36, barrio María Cano	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
Carmen de Viboral	Calle 19 # 29 - 27, local 101.	lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00. p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
Carolina del Príncipe	Calle 52b # 54 - 70 interior de E.S.E. San Rafael	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Caucasia	Tansversal 16 #30 - 79 local 1 barrio El Bosque	Lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m. y sábados 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Chigorodó	Transversal 105 # 102 - 16, barrio Las Palmas, Interior 101.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Cisneros	Calle 19 por carrera 20.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Ciudad Bolívar	Calle 49 # 36 - 298, E.S.E. Hospital de la Merced.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., miércoles de 7:00 a.m. a 12 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Cocorná	Calle 21 # 23 - 12.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Concepción	Carrera Córdoba # 19 -118	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m
Concordia	Carrera 18 # 18 - 08, barrio Hoyo Caliente.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Campamento	Carrera 10 #10 - 04, Primer piso	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Cañasgordas	Carrera sucre # 33 - 90	lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Caracolí	Calle 21# 20 - 32 E.S.E. Hospital San Pio X	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Caramanta	Carrera Leticia # 19 - 68	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Carepa	Carrera 78 # 76 - 36, barrio del Consuelo Carepa	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
Carmen de Viboral	Calle 19 # 29 - 27, local 101	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Carolina del Príncipe	Calle 52B # 52 - 15 E.S.E. San Rafael	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Caucasia	Transversal 16 # 30 -31	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Chigorodó	Transversal 105 # 102 - 16 barrio Las Palmas, interior 101	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Cisneros	Calle 20 # 19 - 34 - 3. Centro Comercial Ferrovías local 103	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábados de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Copacabana	Calle 48 # 49 - 21, barrio Simón Bolívar.	Lunes a jueves de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. viernes 7:00 a.m - 4:30 p.m.
Dabeiba	Carrera Uribe Uribe # 6 - 81.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Donmatías	Calle 36A # 29 - 55. E.S.E. Hospital Francisco Eladio Barrera.	Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 3:30 p.m. sabados 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Ebéjico	Calle 20 # 18, 25	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
El Bagre	Carrera 48a #. 49a - 18 Entre El Barrio Metropolis y la Plaza de mercado	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
El Peñol	Carrera 19 B # 10B - 26, barrio Conquistadores.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
El Retiro	Carrera 20 # 18 - 28, oficina 102, interior 113, Centro Comercial La Casona.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Élite de la Moda	Carrera 56 C # 49 - 126 Centro Comercial Y Empresarial Elite De La Moda S. A., torre 1.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Élite de la Moda	Carrera 56 B # 49 A - 29, local 120, Centro Comercial y Empresarial Élite de la Moda, torre 2.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Entrerríos	Transversal 13 # 2 - 17 E.S.E. Presbítero Emigdio Palacio.	Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 pm a 3:30 pm. Sabados no hay atención al público

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Envigado	Carrera 41 # 36 Sur 57, locales comerciales 105,106 y 107.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Fredonia	Carrera 52 # 48 25	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Frontino	Carrera 27 # 31 - 38, ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Giraldo	Carrera 10 # 9 – 40, frente al Hospital San Isidro.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Girardota	Calle 9 # 14 - 76.	Lunes a jueves de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.
Gómez Plata	Calle 50 # 51 - 38.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Granada	Carrera 25 # 20 – 11, piso 1.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Guadalupe	Carrera 50 # 51 - 12. E.S.E. Nuestra Señora de Guadalupe.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Guarne	Carrera 51 #51-14	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Guatapé	Carrera 23 A # 31 – 35, sector Los Lagos, E.S.E. Hospital La Inmaculada.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Heliconia	Calle 20 # 21- 29	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Hispania	Calle 22 # 22-01	Martes y viernes de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Hospital General de Medellín	Carrera 48 # 32 - 102.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Instituto Neurológico	Calle 55 # 46 14, edificio Perú con Oriental, local 105.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Itagüí	Carrera 52 #52-53 Centro Comercial Itagüí Plaza segundo piso local 230	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Ituango	Carrera 22 # 25 - 2 en la carrera Quindío	lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
Jardín	Calle 10 # 2 - 44.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 2:00 p.m., miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m a 12 p.m.
La Ceja	Carrera 19 # 19 – 33, Centro Comercial Capilla Plaza, piso 2, local 207.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
La Estrella	Calle 83 A Sur # 60 - 45. E.S.E. Hospital de la Estrella.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
La Pintada	Calle 30 A # 30 – 26, sector El Hospital.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
La Unión	Calle 13 # 6 – 15 zona urbana	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
Liborina	Calle 10 # 10 – 49, barrio El Chispero.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Maceo	Carrera 30 # 33 – 237, E.S.E. Marco A Cardona	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles de 8:00 a.m. a 12 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 11:00 a.m.
Marinilla	Calle 31 piso 2 local 204	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m.
Medellín, la 65	Carrera 65 # 103 EE 16, barrio Girardot.	Lunes a jueves de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.
Montebello	Calle 20 Bolívar # 21 – 34, local 105.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Murindó	Carrera 13 # 02 – 15, barrio El Poblado.	Lunes a viernes 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Mutatá	Carrera 8 y 9 #10	Lunes a viernes 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Mutatá Bajará	Barrio El Progreso, diagonal a Tavomotós	Lunes a viernes 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Nariño	Calle 13 # 8 - 65.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Nechí	carrera 30 # 32- 21 barrio popular	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m., miércoles de 7:00 a.m. a 12 p.m. y sábados 8:00 a.m a 12:00 p.m.
Necoclí	Carrera 45 # 53 – 62 Simon Bolívar	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Olaya, corregimiento de Llanadas	Carrera 10 # 10 - 04.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. Miércoles 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Peque	Barrio El Cielito Carrera Bolívar 09 # 11-54	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Pueblorrico	Calle 21 Con la carrera 28 y 29 Casa	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 07:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Puerto Berrío	Calle 51 entre carrera 8 y 9 primer piso	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Puerto Nare	Carrera 5 # 45 – 103. E.S.E. Hospital Octavio Olivero.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Puerto Nare, La Sierra	Calle 17 A #7-20 Interior de La E.S.E.Hospital Octavio Olivares Puerto Nare La Sierra	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
Puerto Triunfo	Carrera 10 No 14-03	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Puerto Triunfo Doradal	Calle 22 # 21 – 37, centro de salud.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Remedios	carrera 8 # 11 - 40 calle El Bolsillo	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Rionegro	Carrera 51 # 56-20. Interior de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m.
Sabanalarga	Carrera 16 La Palma, con Calle 17	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Sabaneta	Carrera 46B # 77 Sur 36. E.S.E. Hospital Venancio Díaz Díaz.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Salgar	Carrera 31 #28-06/08	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
San Andrés de Cuerquia	Carrera 26 # 34 -120, interior 40, barrio El Recreo, Hospital Gustavo González Ochoa.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
San Antonio de Prado	Carrera 79 # 40S - 45, Metrosalud	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
San Carlos	Calle Rivera 20 # 20-23	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00p. m.
San Cristóbal	Calle 62D # 133 - 15, Unidad Intermedia de San Cristóbal.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
San Francisco	Carrera 8 # 10A - 02, Centro Día, sector Salida Guacales.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
San Jerónimo	Calle 23 # 10-36 local 01	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
San José de la Montaña	Calle 20 # 21-12 a un costado del parque principal	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m., miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
San Juan de Urabá	Carrera 21 # 22-54 barrio Floresta	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
San Luis	Carrera 19 # 17 – 63. E.S.E. Hospital San Rafael.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
San Pedro de Los Milagros	Carrera 49 # 46 – 2, piso 1, local 116, Centro Comercial El Faro.	Lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
San Pedro de Urabá	Calle 52 # 47A – 24, barrio Camilo Torres.	Lunes a viernes 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
San Rafael	Calle 19 # 17 - 44.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
San Roque	Calle 23 # 18 – 25, piso 1, sector El Comando.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
San Vicente	Avenida 26 #31 - 38.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Santa Rosa de Osos	Carrera 28 # 26A - 34, Corporación Hospital San Juan de Dios Uniremington.	Lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 12 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Santa Bárbara	Carrera 50 # 45a -113 Primer piso	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Santa Fe de Antioquia	Carrera 4 # 10 - 43.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 pm, miércoles y sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Santo Domingo	Carrera 16 # 18 – 23. E.S.E. Hospital San Rafael.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Santuario	Calle 48b # 50 - 71 Salida a Marinilla	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 m.
Sede Business Plaza	Calle 45 # 55 – 45, Edificio Business Plaza, piso 13.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. (radicación de comunicaciones oficiales primer piso) - Centro Regulador 24/7.
Sede Business Plaza Piso uno	Calle 45 # 55 – 45, Edificio Business Plaza, piso 1	Sede Administrativa
Segovia	Calle 50 # 48-15 Centro Comercial Deyfer. Local 110	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m., miércoles y sábados de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Sonsón	Calle 16, diagonal 7 - 166.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Sonsón, La Danta	Calle 32 # 31- 16 Corregimiento La Danta	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Sopetrán	Calle 10 # 7 - 44 dos cuadras arriba del comando de policía.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m., miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Támesis	Calle 13 # 10 - 25	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Tarazá	Sector La Bomba, a media cuadra de la E.S.E. Hospital San Antonio, a 300 metros de la troncal principal de paso a la Costa Atlántica.	lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m., miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábados 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Tarso	Carrera 18 # 21- 02 al Interior de E.S.E. Hospital	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Titiribí	Carrera 20 Bolívar # 18 – 55. E.S.E. Hospital San Juan de Dios.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Toledo	Calle 11 Córdoba # 09 - 10.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Turbo	Carrera 16 # 104 – 25, barrio Jesús Mora.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Turbo Currulao	Carrera 49 a # 50 - 81 Corregimiento Currulao Barrio Escobar.	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Uramita	Calle 20 # 22 - 170 E.S.E Hospital Tobías Puerta	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 pm, miércoles y sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Urrao	calle 31 # 26-81 local 104	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 2:00 p.m. miércoles 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Valdivia	Carrera 8 # 7 - 15, local 101.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

Municipio/Sede	Dirección	Horario
Valparaíso	Carrera 12 Calle Nariño Vía Hospital Valparaíso	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12 p.m.
Vegachí	Carrera 47 #50-13	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Venecia	Carrera 50 Benjamín Herrera # 51 - 88.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00p. m.
Venecia, Bolombolo	Carrera 7 # 6-20 local 101 Sector La Estación	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m. Miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Vigía del Fuerte	Carrera 2 # 18-15 Carrera 2 # 18-15 Barrio Fátima (Calle Del Comercio)	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Yalí	Carrera 18 # 23- 24, Hospital La Misericordia.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Yarumal	Calle 19 # 20 - 21.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Yolombó	Carrera 24 # 15 – 22, barrio El Edén.	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Yondó	Carrera 48 No. 52 - 06 del Barrio Central	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:30 p.m. Miércoles y sábado de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Zaragoza	Calle 38A barrio San Gregorio, diagonal al Centro Médico CUBIS	Lunes, martes, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m., miércoles de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y sábados 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

Cuando se trate de un cambio de residencia ocasional o temporal, deberán:

- Actualizar en el sitio web los nuevos datos de ubicación: municipio, barrio, dirección, teléfono, correo electrónico y tiempo de estadía.
- Usuarios que solicitan portabilidad o cambio de ubicación con nombres completos y documentos de identidad.
- Adicionalmente, cuando se trate de un cambio de residencia de manera permanente deberá solicitar cambio de municipio o traslado así:
- La solicitud en el nuevo municipio de residencia de la encuesta del Sisbén versión IV.
- Enviar a Savia Salud EPS los nuevos datos de ubicación: municipio, barrio, dirección, teléfono, correo electrónico y tiempo de estadía.
- Realizar el traslado para una EAPB que opere en el municipio donde se trasladará siempre y cuando Savia Salud EPS no opere en ese municipio.

Nota: Es su obligación actualizar los datos a través de los diferentes canales establecidos por la EAPB.

Incapacidades y licencias

El pago de la prestación económica por incapacidad aplica para los afiliados al régimen contributivo, cuando por causa de una enfermedad o accidente no relacionado con el trabajo, el médico

tratante expide una incapacidad temporal; en estos casos, tienen derecho a recibir durante ese tiempo de incapacidad un pago equivalente al 66.6% del ingreso mensual base de la cotización al SGSSS. Si es empleado, las prestaciones reemplazarán el salario y corresponde al empleador liquidarlas y pagarlas en la nómina.

Para acceder a las prestaciones económicas generadas como incapacidad por enfermedad general, como afiliados deben haber cotizado un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa, al inicio de la incapacidad. No habrá lugar a reconocimiento de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general cuando estas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones, los cuales se encuentran expresamente excluidos en el PBS del SGSSS.

Si la incapacidad es igual o menor a dos (2) días, el pago de la prestación económica está a cargo del empleador, a partir del tercer (3) día, el pago de la prestación económica está a cargo de la EAPB. Cuando la incapacidad es mayor a 180 días y menor a 540 días, el pago de la prestación económica está a cargo del fondo de pensiones en el cual se encuentra afiliado; si la incapacidad supera los 540 días, el pago de la prestación económica vuelve a ser responsabilidad de la EAPB.

Es importante tener en cuenta que, para acceder al pago de las prestaciones económicas, no deben estar en mora en las cotizaciones.

Licencia de maternidad

El pago de la prestación económica por licencia de maternidad aplica para toda trabajadora en estado de embarazo, afiliada como cotizante, tiene derecho a una licencia de dieciocho (18) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia.

Para acceder a las prestaciones económicas generadas por licencia de maternidad, deben cumplir los siguientes requisitos

- La afiliada debe estar al día en el pago de la cotización.
- Haber efectuado aportes dentro de las fechas establecidas normativamente durante los meses que correspondan al periodo de gestación de la madre del recién nacido.
- Contar con el certificado de licencia de maternidad expedido por el médico tratante.

Licencia de paternidad

El pago de la prestación económica por licencia de paternidad se otorga al afiliado cotizante al régimen contributivo (padre), correspondiente a dos (2) semanas remuneradas, siempre y cuando haya realizado la cotización completa durante el período de gestación. La licencia de paternidad es válida cuando se adoptan niños hasta los 18 años.

Para acceder a las prestaciones económicas generadas por licencia de paternidad, deben cumplir los siguientes requisitos:

- Solicitar a la EAPB dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento o a la adopción del menor a través de canales establecidos por la entidad.
- Haber efectuado aportes dentro de las fechas establecidas normativamente durante los meses que correspondan al periodo de gestación de la madre del recién nacido.

Si eres pensionado

No tienen derecho al pago de la prestación económica por licencia de maternidad, ni por incapacidad, ya que el pago de la pensión no será interrumpido por ningún motivo. Sin embargo, en caso de vincularse nuevamente al sistema como empleado o trabajador independiente, deben hacerlo a la misma EAPB y en estos casos podrán recibir los pagos de la prestación económica, por incapacidad, por enfermedad general y las licencias de maternidad a las que tengan derecho.

4.5.2.1 Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida. (Ya fueron revisados y descritos los derechos en el punto 4.2.2.5)

4.5.2.2 Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas, que puedan generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.

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

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

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

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

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

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

4.5.2.9 Ser respetado en su derecho al libre desarrollo de la personalidad cuando, tras recibir información, decide de forma

libre rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y/o tratamientos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



- Informar al médico tratante y al personal de la salud en general, sobre la existencia de un documento u otra prueba existente de voluntad anticipada.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de valorar la condición de enfermedad incurable, avanzada o terminal para ofrecer la atención de forma proporcional y racional frente a los recursos del sistema.



Deberes del paciente en lo concerniente a morir dignamente

16

Indicador	Meta indicador	2024	2025	Análisis
Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes.	Buena: ≤ 30 días Aceptable: ≤ 45 y >30 días Crítico: > 45 días	27,3	27,3	Durante el 2025, transcurrieron 22,49 días para la confirmación diagnóstica de cáncer de mama, posterior a la remisión de las usuarias con diagnóstico presuntivo, evidenciando una disminución de 4,81 días, con respecto a 2024.
Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años.	≥16,26%	51,00%	52,69%	Savia Salud EPS logró captar para el 2025 el 52,69% de los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial entre los 18 - 69 años, según lo esperado para esta patología, dando manejo y continuidad dentro de la ruta de atención.
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la EPS	Satisfactorio: 90% Aceptable: <90% y >80% Crítico: ≤80%	90,55%	92,65%	Durante el periodo 2025, el indicador de satisfacción global de los usuarios alcanzó un 92,65% de afiliados satisfechos con los servicios prestados por Savia Salud EPS. Este resultado representa un incremento de 2,32 puntos porcentuales frente al desempeño obtenido en 2024 (90,55%), lo que evidencia una percepción positiva en crecimiento y una consolidación de la confianza de los usuarios en la gestión institucional.
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤3	1,6	1,63	Se evidencia un leve aumento en el tiempo de espera (0,03 días) entre el 2024- 2025, aunque el indicador se mantiene ampliamente dentro de la meta. Esto sugiere estabilidad en la prestación del servicio, con una red que continúa respondiendo adecuadamente a la demanda.

Indicadores de calidad de las IPS, que hacen parte de la red de la EPS

17

Indicador	Meta indicador	2024	2025	Análisis
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	<=3	1,6	1,63	Se evidencia un leve aumento en el tiempo de espera (0,03 días) entre el 2024- 2025, aunque el indicador se mantiene ampliamente dentro de la meta. Esto sugiere estabilidad en la prestación del servicio, con una red que continúa respondiendo adecuadamente a la demanda.
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	<=3	1,67	1,75	Se presenta un incremento moderado (0,08 días) entre el 2024- 2025, aunque el indicador se mantiene ampliamente dentro de la meta. Esto sugiere estabilidad en la prestación del servicio, con una red que continúa respondiendo adecuadamente a la demanda.
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	<=15	9,51	5,97	Se presenta una mejora significativa (disminución de 3,54 días), evidenciando una optimización en la gestión de la red y en la asignación de citas, fortaleciendo la oportunidad en la atención.
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	<=5	3,16	3,02	Se presenta una mejora, manteniéndose el cumplimiento de la meta. La red continúa garantizando tiempos adecuados para la atención de esta población
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	<=5	4,32	4,22	Se presenta una ligera disminución, lo que indica una mejora en la oportunidad del servicio dentro de la red contratada. El indicador se mantiene ampliamente dentro de la meta. Esto sugiere estabilidad en la prestación del servicio, con una red que continúa respondiendo adecuadamente a la demanda.
Proporción de cancelación de cirugía	**	**	**	Desde la EPS no se dispone de la información, ya que el reporte es realizado directamente por la IPS ante el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en la Resolución 256 de 2016.
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	**	**	**	Desde la EPS no se dispone de la información, ya que el reporte es realizado directamente por la IPS ante el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en la Resolución 256 de 2016.

Posición en el Ordenamiento (Ranking)

18

Este mide la satisfacción de los usuarios de las EPS en 2018 utilizando una batería de 51 indicadores. Estos indicadores se agruparon en tres dimensiones: oportunidad con 26 indicadores, satisfacción con 16 y trámites con 9. Se estandarizaron cada uno de los indicadores y se dieron pesos por dimensión y por indicador.

Código	Nombre	Ranking total 2018	Dimensión oportunidad	Dimensión satisfacción	Dimensión trámites
CCF033	Comfasucre	1 ▲ (6)	1 ▲ (18)	1 ▲ (10)	2
CCF023	CCF de la Guajira	2 -	2 ▲ (2)	2 -	1
CCF015	Comfacor	3 ▲ (2)	3 ▲ (11)	8 ▼ (5)	3
CCF049	Comfaorient	4 ▲ (2)	4 ▲ (14)	6 ▼ (2)	5
ESS024	Coosalud EPS	5 ▼ (1)	12 ▼ (5)	4 ▲ (1)	6
CCF055	CCF Cajacopi Atlántico	6 ▲ (2)	5 ▲ (5)	10 ▼ (1)	9
ESS091	Ecoopsos ESS	7 ▲ (3)	9 ▲ (4)	5 ▲ (2)	10
ESS076	Ambuq ARS	8 ▼ (5)	7 ▼ (1)	3 ▲ (3)	19
ESS133	Comparta	9 ▲ (5)	10 ▲ (5)	9 ▲ (4)	8
ESS207	Asociación Mutual Ser ESS	10 ▼ (9)	15 ▼ (13)	11 ▼ (10)	4
CCF002	Savia Salud EPS	11 ▲ (4)	11 -	7 ▲ (10)	11
CCF024	Comfamiliar Huila	12 ▲ (11)	8 ▲ (16)	16 ▲ (5)	12
ESS118	Emssanar ESS	13 ▲ (12)	20 ▲ (6)	12 ▲ (12)	13
EPS037	Nueva EPS	14 ▼ (2)	14 ▼ (9)	15 -	18
CCF027	CCF de Nariño	15 ▲ (11)	6 ▲ (16)	19 ▲ (6)	16
CCF009	Comfaboy	16 ▲ (1)	17 ▲ (6)	14 ▲ (2)	20
ESS062	Asmet Salud	17 ▼ (4)	25 ▼ (24)	13 ▼ (1)	14
CCF053	Comfacundi	18 ▲ (2)	18 ▲ (3)	18 -	17
EPS022	A.R.S. Convida	19 ▲ (2)	16 ▲ (4)	17 ▲ (2)	24
CCF007	Comfamiliar Cartagena	20 ▼ (9)	22 ▲ (3)	20 ▼ (12)	7
EPS025	Capresoca EPS	21 ▲ (3)	21 ▼ (5)	21 ▲ (5)	15
CCF102	Comfamiliar Chocó	22 ▼ (4)	13 ▼ (7)	25 ▼ (2)	21
EPSS34	Capital Salud EPS	23 ▼ (4)	23 ▼ (6)	22 ▼ (2)	22
ESS002	Emdisalud ESS	24 ▼ (15)	19 ▼ (16)	23 ▼ (13)	23
EPS033	Saludvida EPS SA	25 ▼ (9)	24 ▼ (15)	24 ▼ (10)	25
EPS003	Cafésalud EPS	26 ▼ (4)	26 ▼ (14)	26 ▼ (4)	26

Para la vigencia 2025 SAVIA SALUD EPS, cuenta dentro de su red de prestadores de salud, con 5 Instituciones acreditadas, las cuáles son:

Municipio	Departamento	Razón social
Medellín	Antioquia	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl
Medellín	Antioquia	Universidad Pontificia Bolivariana- Clínica Universitaria Bolivariana
Medellín	Antioquia	Hospital General de Medellín - Luz Castro de Gutiérrez
Medellín	Antioquia	Hospital Pablo Tobón Uribe
Rionegro	Antioquia	Sociedad Médica Rionegro S.A. SOMER S.A

Cuentas por pagar a proveedores

Total, de cartera vencida de la EPS por edades.

Cuentas por pagar a proveedores			
Total de cartera vencida de la EPS por edades			
Vencimiento	Valor	Proporción	Explicación
Por Vencer	\$ 30.401.012.004	3%	A diciembre del año 2025, la proporción de las cuentas por vencer tuvo una participación de 3% con relación al total de las cuentas por pagar a la red prestadora.
Entre 1 a 60 días	\$ 446.263.334.044	48%	A diciembre del año 2025, la proporción de las cuentas con vencimiento entre 1 a 60 días tuvo una participación de 48% con relación al total de las cuentas por pagar a la red prestadora.


Cuentas por pagar a proveedores			
Total de cartera vencida de la EPS por edades			
Vencimiento	Valor	Proporción	Explicación
Entre 61 a 180 días	\$ 318.356.195.711	34%	A diciembre del año 2025, la proporción de las cuentas con vencimiento entre 61 a 180 días tuvo una participación de 34% con relación al total de las cuentas por pagar a la red prestadora.
Entre 181 a 360 días	\$ 60.442.484.644	7%	A diciembre del año 2025, la proporción de las cuentas con vencimiento entre 181 a 360 días tuvo una participación de 7% con relación al total de las cuentas por pagar a la red prestadora.
Mayor a 360 días	\$ 73.477.589.484	8%	A diciembre del año 2025, la proporción de las cuentas con vencimiento mayor a 360 días tuvo una participación de 8% con relación al total de las cuentas por pagar a la red prestadora.
Total	\$ 928.940.615.887	100%	

No.	Fecha de apertura	Radicado de expediente	Motivo del proceso	Estado actual del proceso
1	15/12/2022	910202200593	Presunta comisión de la infracción prevista en el numeral 14 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, toda vez que, aparentemente, incumplió los compromisos de pago suscritos con el Instituto de Cancerología S.A.S., con la Clínica de Urabá S.A., con la E.S.E. Hospital San Rafael Andes y con la E.S.E. Hospital Mán Restrepo Gómez en las actas de conciliación extrajudicial en derecho Nros. 10454 del 30 de noviembre de 2020, 10463 del 2 de diciembre de 2020, 11026 del 13 de agosto 2021 y 11031 del 13 de agosto de 2021. Esto, de acuerdo con lo señalado en los considerandos de la presente resolución.	Sanción con amonestación escrita
2	23/6/2022	910202200373	Presunto incumplimiento de los acuerdos de pago y compromisos pactados en las mesas de flujo de recursos realizadas en 2020 y 2021	Sanción cumplida
3	27/5/2021	910202100357	Con relación a 110.827 casos de servicios de salud PBS, la investigada demoró la gestión de autorización, superando el término legal establecido para ello. En 7465 casos de solicitudes de autorización de servicios de salud PBS para sujetos de especial protección por parte del Estado, representados en menores de edad, la investigada demoró su gestión, autorizando en todo caso, fuera del término legal. En 23 casos, la investigada negó la afiliación y/o negación de traslado entre EAPB"	Sanción cumplida
4	14/3/2023	7000202300047	Incumplimiento a orden impartida por la SNS, información sobre plan de mejora atención al ciudadano 2020	Sanción con amonestación escrita
5	16/6/2022	910202200255	Presunto incumplimiento de las instrucciones quinta, sexta y novena de la Circular Externa N° 000011 de 2020, debido a la ausencia de reporte del archivo tipo FT022	Sanción con amonestación escrita



Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente del
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

 Calle 44 A No. 55 - 44, Edificio Business Plaza, Piso 13

 **Línea de Atención Medellín** (604) 448 17 47
Línea gratuita 01 8000 423 683
WhatsApp: +57 314 593 2296
AVIS WhatsApp red prestadora: +57 333 6025205
Sede administrativa: +57 (604) 4601674

 **Correo:** atencionalciudadano@saviasaludeps.com

Síguenos:



Medellín - Antioquia

www.saviasaludeps.com

Código: OD-AU-01
Versión 8