

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 1 de 13
Elaboró: profesional especializado		Revisó: Secretaria de Salud	Aprobó: Comité técnico de Calidad

INTRODUCCIÓN

El aseguramiento es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Beneficiosos servicios de salud POS, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

El artículo 157 de la Ley 100/93 establece la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de tres formas:

Régimen contributivo: a este régimen, se afilian las personas que tiene capacidad de pago, estas son aquellas “personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago”

Régimen subsidiado: a este régimen pertenece la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago identificada en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBÉN, así como las poblaciones especiales que el Gobierno ha definido como prioritarias y que no se encuentren afiliadas al régimen contributivo o pertenezcan a un régimen especial o de excepción (población en condición de desplazamiento, comunidades indígenas, desmovilizada del conflicto, población infantil abandonada a cargo del ICBF, personas mayores en centros de protección, y ROM entre otras).

Participantes vinculados: son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado a través de Subsidios a la Oferta.

Bajo el principio de universalización al Sistema ha venido incrementando progresivamente y actualmente la cobertura del aseguramiento se encuentra aproximadamente en el 95% incluyendo la población perteneciente a los regímenes que la Ley definió como especiales y exceptuados (Fuerzas Militares, Magisterio, funcionarios de las Universidades Públicas, y Ecopetrol).

A finales del año 2012 se creó la Comisión Asesora de beneficios, costos, tarifas y condiciones de operación del aseguramiento en reemplazo de la Comisión de Regulación en Salud-CRES cuyas funciones fueron asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Además de la Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1450 de 2011, se establecen los criterios y lineamientos básicos para orientar las acciones de políticas necesarias para garantizar el aseguramiento de la población colombiana al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Actualmente existe la universalización del aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y las disposiciones al respecto se encuentran en la Ley 1438 de 2011.

Con el fin de definir elementos claves para cada uno de los regímenes se incorporan documentos Técnicos los cuales tienen “Mecanismos de focalización. Cuatro estudios de caso”, realizado por el Departamento Nacional de Planeación, presenta un análisis de casos sobre la implementación de la focalización en los sectores de asistencia social, salud, educación, trabajo y protección social.

De otro lado, es de particular importancia para el sector salud, los resultados del proceso de gestión del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, PARS, el cual tiene como propósito generar conocimiento para la adecuada implementación y puesta en marcha del Sistema general de seguridad social en salud en el país.

El Acuerdo 414 de 2009, Por el cual se establecen unas medidas para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud relacionadas con las licencias de maternidad.

El Acuerdo 415 de 2009, Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Adicionalmente, los Acuerdos de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas permiten dar alcance a lo relacionado con actualización de los POS del Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, valores definidos de la UPC, entre otros. Entre los principales recursos para la financiación del aseguramiento de la población, se encuentran: Sistema General de Participaciones, Fondo de solidaridad

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 2 de 13
Elaboró: profesional especializado		Revisó: Secretaria de Salud	Aprobó: Comité técnico de Calidad

y Garantías – FOSYGA, la Empresa Industrial y Comercial del Estado Administradora del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar - Coljuegos, Presupuesto General de la Nación, recursos propios de las Entidades Territoriales, rentas cedidas, cuyo objetivo principal es la universalidad del aseguramiento, promoviendo la afiliación al SGSSS al 100% de la población Colombiana. (DNP; 2018)

1. OBJETIVO

Generar condiciones que protejan la salud de los Fusagasugueños garantizando la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, preservando la sostenibilidad financiera del sistema, siendo el bienestar del usuario, el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud, en el régimen contributivo y régimen subsidiado.

2. ALCANCE Y RESPONSABLES

Este proceso adelantará acciones correspondientes en búsqueda de garantizar las condiciones para que toda la población que reúnan los criterios para pertenecer al régimen subsidiado esté asegurada, para lo que se proponen estrategias, metas y resultados que eviten el riesgo del no aseguramiento de la población más vulnerable. Se vigilará que toda la población acomodada se encuentre en el régimen contributivo.

Ser diligente ante las solicitudes de la comunidad en forma oportuna, calidad y eficiente.

Se actualizarán las bases de datos, del SISBÉN y EPSs continuamente, para obtener el acceso oportuno de toda la población al SGSSS.

Todas las personas que laboran en la secretaria de salud municipal de Fusagasugá, que, de forma sistemática, dinámica y de secuencia, integran el proceso, en cabeza del líder de aseguramiento; serán responsables del logro y cumplimiento del objetivo.

3. DEFINICIONES

Acceso: Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especialidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Alto costo: Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea.

Aseguramiento en salud: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Asociaciones de Usuarios: Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Atención inicial de urgencias: Todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales; la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia 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.

Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno bio-psicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

ATEP (Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional): Son los accidentes que ocurren al trabajador en el sitio del trabajo o en el desplazamiento desde o hacia éste, y las patologías que ocurren como consecuencia del desempeño de una labor. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 3 de 13
Elaboró: profesional especializado		Revisó: Secretaria de Salud	Aprobó: Comité técnico de Calidad

garantiza la atención en salud derivada o requerida en estos casos a través de las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP).

Autenticidad: Es la garantía de la identidad del emisor de un mensaje de datos y/o el origen del mismo, teniendo certeza de que este es quien dice ser. Se presume autentica una firma digital si esta encuentra respaldada por un certificado digital emitido por una entidad de certificación de las contempladas en la Ley 527 de 1999 y el Decreto Reglamentario 1747 de 2000.

Autocuidado: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.

Auditoria: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

Auditoría Interna: El objetivo de este procedimiento es determinar si el Sistema de Gestión de Calidad se encuentra conforme con las disposiciones planificadas y con los requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2008.

Afiliación: Es el procedimiento mediante el cual los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y su núcleo familiar se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliado: La persona (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

ARP: Administradora de Riesgo Profesionales.

BDUA (Base Única de Afiliados): Es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Régimen Subsidiado, Contributivo y Regímenes especiales).

Beneficiarios: Personas que pertenecen al grupo familiar del afilado al sistema. Reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por el cotizante.

CNSC: Comisión Nacional del Servicio Civil **COPACO:** Comité Participativo y Comunitario **COVE:** Comité de Vigilancia Epidemiológica **CRES:** Comisión de Regulación en Salud

CRUE: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

CS: Centro de Salud

Cobertura: Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan Obligatorio de Salud.

Comisión Reguladora de Salud: Unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

Comité de Ética Hospitalaria: Cuerpos multidisciplinarios, que se desempeñan en las instituciones prestadoras de salud; su función principal es la de asesorar, apoyar y formular recomendaciones sobre los aspectos éticos de casos presentados por personal de la salud involucrado en la toma de decisiones clínicas.

Comité Técnico Científico: Organismo o junta cuya función primordial es analizar, para su autorización, las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos que están por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: Organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, adscrito al Ministerio de la Protección Social.

Copago: Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante).

Cotización: Lo que todo afiliado (trabajadores dependientes, independientes y pensionados) debe aportar cada mes para recibir los beneficios del sistema de salud. Este monto constituye el 12% del ingreso

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 4 de 13
Elaboró: profesional especializado		Revisó: Secretaria de Salud	Aprobó: Comité técnico de Calidad

base de cotización (salario mensual devengado).

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

Cuota de Recuperación: El Decreto 2357 de 1.995, en su artículo 18 señala que las cuotas de recuperación son los dineros que debe pagar directamente a las IPS, el usuario sisbenizado, pero no afiliado al régimen subsidiado, las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciben atenciones por servicios no incluidos en el POS-S.

Cuota moderadora: Es la suma que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a Sus familiares) por servicios que éstos demanden. Su objetivo es regular y estimular el buen uso del servicio de salud.

Contributivo: Toda persona con capacidad de pago y/o vínculo laboral, empleado y trabajador independientes con sus grupos familiares y los pensionados acceden a los servicios de salud.

Cautivo: Aquellos afiliados (cotizantes, beneficiarios, adicionales) del régimen contributivo, que lleven mínimo cuatro (4) meses consecutivos sin haber sido presentados en el proceso de compensación y/o en el reporte de saldos no compensados.

CCF: Las Cajas de Compensación Familiar son Entidades Privadas, sin ánimo de lucro, organizadas como corporaciones de carácter civil, vigiladas por la Superintendencia del Subsidio Familiar, cuya principal función es redistribuir una parte del ingreso de toda la fuerza laboral, entre los trabajadores de menores ingresos. El Subsidio Familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios, a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, siendo su objetivo fundamental el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia como núcleo básico de la sociedad. (Asocajas). La Ley 100 de 1993 las faculta para crear y prestar servicios de salud."

Contra referencia: Es la respuesta que las IPS receptoras de la referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o, simplemente, la información sobre la atención recibida por el usuario en una institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

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

Distintivo de habilitación: Símbolo dirigido a los usuarios que garantiza que el prestador está inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Debe ser visible a los usuarios en los servicios habilitados.

DAFP: Departamento Administrativo de la Función Pública

Entidad Promotora de Salud (EPS): Es la responsable de la afiliación y registro de los usuarios y del recaudo de las cotizaciones. Deben organizar y garantizar la prestación del POS a los afiliados y de girar al FOSYGA, dentro de los términos de ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes UPC.

Entidades Promotoras de Salud Subsidiado (EPS-S): Entidades que manejan (previo contrato con municipios y departamentos) los recursos que el Estado destina para atender a los beneficiarios del régimen subsidiado, es decir, las personas que no tienen dinero para cotizar al sistema de salud. Deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud autorizados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el régimen subsidiado. Pueden ser las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las Empresas Solidarias de Salud (ESS).

ESE (Empresa Social del Estado): Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

EPS-S: Son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste.

FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía): Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 5 de 13
			Elaboró: profesional especializado
		Aprobó: Comité técnico de Calidad	

en la cual se depositan los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia, a través de la cual se manejan los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se compone de cuatro subcuentas.

FTP (File Transfer Protocol): Es un protocolo de transferencia de archivos entre sistemas conectados a una red TCP entre un cliente y un servidor, en el cual desde el equipo de un cliente (Entidad territorial) se puede conectar a un servidor (Consortio Fidufosyga) para descargar archivos desde él o para enviarle archivos (Archivo maestro o de novedades de afiliados).

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud de los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

INS: Instituto Nacional de Salud

Interventoría: Es un proceso permanente dirigido a fortalecer la operación del Régimen Subsidiado y verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato de aseguramiento para garantizar el acceso de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

IPS: Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Habilitación: Cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico- administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema único de habilitación, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

Listado de priorizados: Es la lista de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en la cual se organizan las personas de los niveles I y II del Sisbén, de acuerdo con el puntaje y antigüedad de la encuesta.

Listados Censales: Es el mecanismo para identificar la población con características especiales, tales como; indígenas, desplazados, desmovilizados, población infantil abandonada, población indigente, personas de la tercera edad en protección de ancianatos, entre otras.

Municipios Conurbados: Son aquellos municipios que se encuentran cerca al área metropolitana de las principales ciudades del país. Estos municipios son (Soledad, Soacha, Bello, Envigado, Itagui y Sabaneta).

POS-S (Plan Obligatorio de Salud-subsidiado): Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos al que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado.

Régimen Subsidiado (RS): Es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales.

Remisión: Envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las IPS a otras IPS para atención o complementación diagnóstica, de acuerdo con el grado de complejidad, den respuesta a las necesidades de salud.

SGP-Salud: Es la Participación de Salud en el Sistema General de Participaciones de los municipios y departamentos, está a su vez está dividida con los recursos del Régimen Subsidiado, Salud Pública y Prestación de servicios a la población pobre no atendida con subsidios a la demanda.

SISBÉN (Sistema de identificación y Clasificación de potenciales beneficiarios): 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 un conjunto armónico de entidades públicas y

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 6 de 13
Elaboró: profesional especializado		Revisó: Secretaria de Salud	Aprobó: Comité técnico de Calidad

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.

Subsidio parcial: Es un derecho que garantiza algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, POS-S. De igual manea representa una proporción del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada UPC-S.

Subsidio Pleno: Es un derecho que garantiza el Plan Obligatorio de Salud financiada a través de la UPC-S, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales.

Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos. (Por la naturaleza de la Entidad los requisitos del cliente se comprenden según los requerimientos de la ley).

UPC-S diferencial: Es la prima que reconoce un 2% adicional en la UPC en aquellos municipios que presentan mayor siniestralidad respecto al resto de los municipios del país, éstos son: Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y los municipios conurbados.

UPC-S especial: Es la prima adicional que reconoce el gobierno nacional para aquellos municipios que presentan una mayor dispersión poblacional generando mayores costos de transporte. Estos son los municipios de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y de la región de Urabá. Exceptuando las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal.

UPC-S (Unidad de Pago por capitación): Es la prima que se reconoce a las EPS- S por cada uno de los afiliados al Régimen Subsidiado, con el fin de garantizar el acceso a los servicios contemplados en el POS-

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

Demanda: población a atender en aseguramiento.

Enfoque al Cliente: el personal que labora en la secretaria de salud del Municipio de Fusagasugá debe atender las necesidades actuales y futuras de los usuarios, por tanto, deben satisfacer las necesidades de sus clientes esforzándose por exceder sus expectativas.

EPS: Entidad Prestadora de Servicio de Salud.

Hallazgo: Resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante la visita de un departamento, un área, actividad u operación.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Lista de chequeo: Formato creado para verificar el cumplimiento de requisitos generados por entes municipal, departamental o Nacional

MECI: Modelo Estándar para el Control de la Calidad

MPS: Ministerio de la Protección Social **OMS:** Organización Mundial de la Salud **OPS:** Organización Panamericana de Salud

PAMEC: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Participación: La participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

Participación Ciudadana: Es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

Participación Comunitaria: Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 7 de 13
			Elaboró: profesional especializado
		Aprobó: Comité técnico de Calidad	

las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

Participación Social: Proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. Comprende la participación ciudadana y comunitaria.

PAS (Plan Adicional de Salud): Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

Plan de mejora: El Objetivo de este es disponer de un procedimiento que permita eliminar la causa de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.

Población objeto: Identificar un grupo poblacional en específico.

Población especial: Población conformada por indígenas, desplazados, desmovilizados, población infantil abandonada, población indigente, personas de la tercera edad en protección de ancianatos.

PVCA: población víctima del conflicto armado.

Promoción: Conjunto de acciones encaminadas para lograr el aseguramiento de la totalidad de la población.

Plan Obligatorio de Salud (POS): Es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y el reconocimiento económico de incapacidades y licencias de maternidad, para los cotizantes, a cambio de un pago mensual (aporte o subsidio). De acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias.

Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS): Son los servicios de salud que usted y su familia tiene derecho a recibir, de acuerdo con el estrato en que se encuentren.

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): El Ministerio de la Protección Social promueve coberturas de vacunación en todo el país por departamentos y municipios.

RUAF: Registro único de afiliados. Afiliación: Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Régimen Contributivo: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.

Régimen Subsidiado: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad de Seguridad social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.

Regímenes de Excepción: Son los sistemas de salud, que, por decisión del legislador, cuentan con unas normas y una administración para la prestación de los servicios de salud diferente a sus beneficiarios diferente a la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: Base de datos de entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados.

Salud Pública: Está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Seguridad Social: Es un servicio público esencial y obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas en las leyes que regulan la materia.

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 8 de 13
			Elaboró: profesional especializado
		Aprobó: Comité técnico de Calidad	

Seguridad Social en Salud: Es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban la salud y la capacidad económica.

SGRP (Sistema General de Riesgos Profesionales): Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Sisbén: Es una encuesta que se hace para determinar la situación socioeconómica de las personas. Con base en sus resultados se asignan subsidios a los más pobres en salud, vivienda, educación y empleo.

Sistema de Información: Es todo sistema utilizado para generar, enviar, recibir, archivar, conservar o procesar de alguna otra forma mensajes de datos.

Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU): Permite al usuario externo contar con un mecanismo de comunicación directo con los diferentes niveles de nuestra EPS, los cuales expresan sus necesidades y expectativas para la prestación de los servicios.

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control: Conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y colectivo.

Sitio web: Es el sitio (s) o página (s) Web, ubicada (s) en la red pública Internet, que utilice la Superintendencia Nacional de Salud para cumplir con lo dispuesto frente a las comunicaciones electrónicas con sus vigilados.

Traslado: Es el derecho que tienen los afiliados para cambiarse a otra Entidad Promotora de Salud, una vez se cumpla con el período mínimo de permanencia exigido o se configuren las causales definidas para tal fin por las disposiciones legales vigentes.

Tutela: Mecanismo judicial creado por la Constitución mediante el cual las personas busca lograr atención, procedimientos y medicamentos que no están cubiertos por el POS. También son interpuestas por afiliados que requieren tratamientos de alto costo, pero no reúnen las semanas mínimas de cotización requeridas.

Unidad de Pago por Capitación (UPC): Es la suma que el sistema reconoce a las EPS por cada afiliado que tienen. Se considera que es suficiente para atender la salud de la persona en el año.

Verificación: Procedimiento establecido mediante plan de visitas para verificar el cumplimiento de condiciones exigibles a los prestadores de Servicios de Salud. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

Vigilancia: Vigilancia, consiste en la atribución para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

Vinculados: Personas pobres que no están afiliadas al sistema de salud, pero pueden ser atendidas en instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado.

4. REFERENCIAS NORMATIVAS

- Decreto número 780 6 mayo 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- Ley 100/93 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 9 de 13
			Elaboró: profesional especializado

- Ley 1122/2007. la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.
- Ley 715/ 2001 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- Ley 1438/2011 Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1751/2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Circular Externa 06 del 2011 para: entidades promotoras de salud del régimen subsidiado, municipios, departamentos con corregimientos departamentales, de superintendente nacional de salud. Asunto informes de auditoría del régimen subsidiado a la superintendencia nacional de salud.
- Acuerdo 415/2009 Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

5 RUTAS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN ASEGURAMIENTO.

Para realizar la ruta de atención es necesario tener en cuenta las siguientes definiciones legales basados en el Decreto 780 del 2016 Artículo 2.1.3.5:

Documento de identificación: entiéndanse como como documentos de identificación:

1. Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.
2. Registro Civil de Nacimiento para los mayores de 3 meses y menores de siete (7) años de edad.
3. Tarjeta de identidad para los mayores de siete (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.
3. Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
4. Cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda, para los extranjeros.
5. Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.

Núcleo familiar: El cual está constituido así:

1. El cónyuge
2. A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo
3. Los hijos menores de veinticinco (25) años de edad que dependen económicamente del cotizante
4. Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante
5. Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales 3 y 4 del presente artículo
6. Los hijos de los beneficiarios descritos en los numerales 3 y 4 del presente artículo hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición
7. Los hijos menores de veinticinco (25) años y los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan económicamente de éste.
8. A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del cotizante que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.
9. Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente. Los miembros del núcleo familiar que no estén cotizando al sistema y los pensionados cotizantes únicamente recibirán la prestación de los servicios de salud previstos en el plan de beneficios.

Parágrafo 1. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia. Esta condición se registrará a través del Sistema de Afiliación Transaccional.

Parágrafo 2. Los hijos adoptivos y los menores en custodia legal tendrán derecho a ser incluidos en el núcleo familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes o a los terceros a quienes se haya otorgado la custodia conforme a las normas legales.

Parágrafo 3. En los casos en los que existan dos personas con igual derecho que no puedan ser inscritas como beneficiarias en el núcleo familiar simultáneamente, se estará a lo resuelto por la autoridad judicial o administrativa que corresponda.

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 10 de 13
Elaboró: profesional especializado		Revisó: Secretaria de Salud	Aprobó: Comité técnico de Calidad

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las estrategias y lineamientos que deben observar las entidades territoriales, las EPS, los afiliados y demás entidades responsables de la afiliación en el régimen subsidiado, tendientes a la identificación de los núcleos familiares, conforme a lo establecido en el presente artículo.

Parágrafo 5. La composición del núcleo familiar prevista en el presente artículo será aplicable en el régimen subsidiado y para el efecto, el cabeza de familia se asimilará al cotizante.

Parágrafo 6. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la dependencia económica se declarará en el momento de la inscripción en la EPS y se presumirá la buena fe.

Artículo 2.1.3.7 Acreditación y soporte documental de los beneficiarios. La acreditación y soporte documental de la calidad de los beneficiarios, se sujetará a las siguientes reglas:

1. La calidad de cónyuge, se acreditará con el Registro Civil de Matrimonio.
2. La calidad de compañero o compañera permanente se acreditará con alguno de los documentos previstos en el artículo 4 de la Ley 54 de 1990 modificado por el artículo 2 de la Ley 979 de 2005.
3. La calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, se acreditará con los registros civiles correspondientes.
3. La calidad de hijo adoptivo mediante el certificado de adopción o acta de entrega del menor, emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o entidad autorizada.
4. La incapacidad permanente de los hijos mayores de veinticinco (25) años se acreditará mediante el dictamen emitido por la EPS en la cual se encuentre afiliado o por la entidad competente cuando se trate de la calificación invalidez.
5. La condición del numeral 7 del artículo 2.1.3.6 de la presente Parte se acreditará con el documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

PERSONA DE NACIONALIDAD COLOMBIANA QUE DESEA INGRESAR AL SISBÉN:

1. Direccionar a la oficina del SISBÉN.
2. Indicar claramente al usuario que debe dirigirse a la oficina del SISBÉN con documentos de identificación, cuando ingresa la familia fotocopia del documento de cada integrante del núcleo familiar y fotocopia de recibo publico agua, luz o gas.
3. En la oficina del Sisbén diligencia la solicitud que allí se le entrega y anexa documentos.
4. El usuario recibirá la copia de su solicitud y la oficina de Sisbén le informará que en los días próximos será visitado en su domicilio.
5. Una vez visitado la ficha del puntaje se envía al DNP departamento nacional de planeación quienes darán el puntaje de la ficha, periodo aproximado 3 días.
6. de acuerdo al resultado del puntaje emitido por el Sisbén, en el Servicio de Atención al Ciudadano se canalizará a la EPS subsidiada de elección del usuario del municipio para solicitar su correspondiente afiliación.
7. el proceso de afiliación se realizará de manera personal por el usuario ante la EPS de su elección.

PERSONA DE NACIONALIDAD EXTRANJERA QUE DESEE INGRESAR AL SISBÉN:

1. Direccionar a la oficina del SISBÉN.
2. Indicar claramente al usuario que debe dirigirse a la oficina del SISBÉN con documentos de identificación, cuando es ciudadano venezolano debe traer de Migración (tarjeta de movilidad fronteriza) el Permiso Especial de Permanencia, cuando ingresa la familia fotocopia del documento de cada integrante del núcleo familiar y fotocopia de recibo publico agua, luz o gas.
3. En la oficina del Sisbén llena la solicitud que allí se le entrega y anexa documentos.
4. El usuario recibirá la copia de su solicitud y la oficina de Sisbén le informará que en los días próximos será visitado en su domicilio.
5. Una vez visitado la ficha del puntaje se envía al DNP departamento nacional de planeación quienes darán el valor de la ficha, periodo aproximado 3 días.
6. de acuerdo al resultado del puntaje emitido por el Sisbén, en el Servicio de Atención al Ciudadano se canalizará a la EPS subsidiada de elección del usuario del municipio para solicitar su correspondiente afiliación.
7. el proceso de afiliación se realizará de manera personal por el usuario ante la EPS de su elección.

HABITANTE DE CALLE QUE DESEE INGRESAR AL SISBÉN:

1. direccionarlo a la secretaria de familia e integración social.
2. la secretaria de familia e integración le realizara la caracterización como habitante de calle.

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 11 de 13
			Elaboró: profesional especializado

- 3. la secretaria de familia con la caracterización como habitante de calle lo direccionara a la personería municipal donde le entregaran certificado.
- 4. nuevamente ingresa a la oficina del Sisbén con el certificado como habitante de calle y documentos de identificación, donde le entregaran el carné como población especial con una vigencia de 1 año hasta el 31 de diciembre del año en curso.
- 5. En el Servicio de Atención al Ciudadano canalizara a la EPS subsidiada de elección del usuario del municipio para solicitar su correspondiente afiliación.
- 6. el proceso de afiliación se realizará de manera personal por el usuario ante la EPS de su elección.

ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS VINCULADO HOGAR GERIÁTRICO PÚBLICO

- 1. Direccionarlo a la oficina del Sisbén.
- 2. El gerente o director del hogar geriátrico público allegará a la oficina del Sisbén fotocopia de documento de identidad del adulto mayor y oficio de vinculación como población persona especial adulto mayor.
- 3. la oficina de Sisbén con esos documentos expide la certificación.
- 4. Con la carta del Sisbén certificada se dirige a la eps subsidiada correspondiente a nivel municipal para realizar la afiliación.
- 5. el proceso de afiliación se realizará de manera personal o asistida ante la EPS de su elección.

CUANDO UN USUARIO REFIERE QUE TIENE MUY ALTO EL PUNTAJE DEL SISBÉN

- 1. Se direcciona a la oficina del Sisbén
- 2. Es necesario aclararle al usuario que la oficina del Sisbén es para VERIFICAR LA FICHA DE PUNTUACIÓN.
- 3. En la oficina del Sisbén se verificará si en la ficha de puntuación hay inconsistencias, según resultado se programara nueva visita para enviar nuevamente documentación al DNP en Bogotá y corregir así el puntaje.

USUARIO QUE INGRESA CON SISBÉN DE OTRO DEPARTAMENTO AL MUNICIPIO.

- 1. Se direcciona a la oficina del Sisbén.
- 2. En la oficina del Sisbén le verifican la base de datos Nacional en la página del DNP.
- 3. Si el usuario aparece con Sisbén de otro Departamento debe diligenciar el formato de solicitud de retiro y anexa documentos.
- 4. la oficina de Sisbén del municipio local, enviara documentos de forma articulada a la del municipio de procedencia del solicitante, con esos documentos lo desvincularan.
- 5. Una vez desvinculado inicia el proceso de inclusión en el Sisbén local del municipio Fusagasugá.

MOVILIDAD DE EPS

Cuando el empleador reporte la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador independiente pierda las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad, y el afiliado no hubiere accedido o se hubiere agotado el período de protección laboral o el Mecanismo de Protección al Cesante, podrá acudir a una de las siguientes medidas de protección:

- 1. Si el afiliado se encuentra clasificado en los niveles I y II del SISBÉN o dentro de las poblaciones especiales a que hace alusión los numerales 7, 8, 10, 11 y 12 del artículo 2.1.5.1 del presente decreto, éste y su núcleo familiar mantendrán la continuidad de la prestación de los servicios del plan de beneficios en el Régimen Subsidiado, en la misma EPS aplicando la movilidad o mediante su inscripción en otra EPS si cumple el período mínimo de permanencia para ejercer el traslado.
- 2. Si el afiliado no se encuentra clasificado en los niveles I y II del SISBÉN y no tiene las condiciones para cotizar como independiente deberá adelantar su inscripción como beneficiario en el régimen contributivo, si reúne las condiciones para ello o adelantar la inscripción en la EPS del régimen contributivo bajo la figura de afiliado adicional establecida en el artículo 2.1.4.5 del presente decreto.

Los afiliados también podrán acceder al esquema financiero y operativo establecido para los trabajadores independientes con ingresos inferiores al salario mínimo, de que trata el artículo 98 de la Ley 1753 de 2015, en los términos que reglamente el Gobierno Nacional. (Art. 68 del Decreto 2353 de 2015).

SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD A CARGO DEL INPEC.

- 1. La prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, a través del modelo de atención por parte del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad prevalecerá sobre la atención en salud a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o de los regímenes exceptuados o especiales.

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 12 de 13
Elaboró: profesional especializado		Revisó: Secretaria de Salud	Aprobó: Comité técnico de Calidad

2. Las personas privadas de la libertad que, de acuerdo con la normativa vigente, estén obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán efectuar el pago de sus aportes y no tendrán acceso a las prestaciones asistenciales y económicas a cargo del Sistema.
3. Los servicios de salud al núcleo familiar, si los hubiere, le serán prestados a través de la EPS en la cual realice las cotizaciones. La EPS sólo recibirá la Unidad de Pago por Capitación — UPC por los integrantes del núcleo familiar. Lo anterior sin perjuicio de que puedan suscribir o renovar un plan voluntario de salud.
4. El Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad tendrá la obligación de reportar al Sistema de Afiliación Transaccional la información de la población privada de la libertad a su cargo. (Art. 84 del Decreto 2353 de 2015)

CIUDADANO VICTIMA.

1. Direccionar a la oficina de víctimas ubicada en la calle 7 número 4-23
2. el usuario solicitara certificación por la oficina de víctimas en donde conste declaración.
3. con la certificación el ciudadano se direccionará a la secretaria de salud en donde el servicio de atención al ciudadano SAC le informará a cuáles eps puede dirigirse para ser efectiva su afiliación.
4. el proceso de afiliación se realizará de manera personal por el usuario ante la EPS de su elección.

PROCEDIMIENTOS EN ASEGURAMIENTO.

1. Gestionar y supervisar la prestación de servicios de salud con calidad a la población del municipio.		
ACTIVIDAD.	RESPONSABLE.	DOCUMENTO DE REFERENCIA.
1. Notificar a la EPSs con 8 a 15 días de antelación a la visita.	Profesional Especializado Líder Aseguramiento.	Circular con consecutivo emitida desde la secretaria de salud municipal.
2. Aplicar lista de chequeo en cada auditoría.	Profesional Especializado Líder Aseguramiento Profesional Especializado Auditoria y Calidad.	Circular 06 Instructivo emanado de la Gobernación de Cundinamarca, Secretaria de Salud Departamental.
3. Dar plazo de 8 días si hiciese falta un documento para que la EPS lo envíe ala secretaria de salud en medio físico o magnética.	Profesional especializado auditoria y calidad aseguramiento	La EPS debe enviar al correo institucional la información requerida o faltante secretariadesalud@fusagasuga-cundinamarca.gov.co
4. Incluir la novedad en la siguiente auditoria, si no lo envía en los términos acordados.	Profesional especializado auditoria y calidad aseguramiento	Circular 06 Instructivo emanado de la Gobernación de Cundinamarca, Secretaria de Salud Departamental.
5. verificar el plan de mejora si se encuentra un hallazgo, la EPSs debe cumplir en un tiempo determinado dependiendo del tipo de hallazgo identificado.	Profesional Especializado Líder Aseguramiento Profesional especializado auditoria y calidad aseguramiento	La EPS debe enviar al correo institucional el plan de mejora secretariadesalud@fusagasugacundinamarca.gov.co

2. Realizar informes de las actividades desarrolladas en el área de aseguramiento para enviar al ente Departamental		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO DE REFERENCIA
1. Realizar Informe de cumplimiento bimestral o según normatividad vigente referente a circular única 06 dirigido a Aseguramiento Secretaria deSalud Departamental.	Profesional Especializado Aseguramiento Líder	Se realiza informe en formato WORD, con las plantillas de la Secretaria de Salud Municipal.
2. Enviar informe de circular única a la Súper Salud, referente a la circular única 06	Profesional Especializado Aseguramiento Líder	Se realiza informe en formato WORD, con las plantillas de la Secretaria de Salud Municipal.
3. Construir informe de los recursos ejecutados y enviar a Supersalud asegurándose de que se recibió.	Profesional Especializado Líder Aseguramiento	Se realiza informe en formato WORD, con las plantillas de la Secretaria de Salud Municipal
4. Generar informes de aseguramientoa los entes correspondientes durante el periodo, solicitados por Secretaría de Salud Departamental y Ministerio de	Profesional Especializado Líder Aseguramiento	Se realiza informe en formato WORD, con las plantillas de la Secretaria de Salud Municipal

	MANUAL DE ASEGURAMIENTO		Código: MA-GSS-006
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		Versión: 3
			Fecha de aprobación: 25/06/25
			Página 13 de 13
Elaboró: profesional especializado		Revisó: Secretaria de Salud	Aprobó: Comité técnico de Calidad
Salud.			

3. Archivar informes de aseguramiento durante un tiempo determinado con el fin de facilitar la documentación a auditorias u otros requerimientos.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO DE REFERENCIA
1. Archivar informes en el archivo de aseguramiento durante el año en curso.	Profesional Especializado Líder Aseguramiento	Archivo de aseguramiento,gestión documental.
2. Colocar en cajas selladas anualmente los informes archivados en aseguramiento.	Profesional Especializado Líder Aseguramiento	Archivo de aseguramiento,gestión documental.
3. Entregar las cajas selladas a oficina de archivo de la secretaria de salud, donde permanecen durante 4 años.	Profesional Especializado Líder Aseguramiento	Archivo se la Secretaría de Salud, gestión documental.

TABLA DE CONTENIDO

1.	OBJETIVO	3
2.	ALCANCE Y RESPONSABLES	3
3.	DEFINICIONES.....	3
4.	REFERENCIAS NORMATIVAS	16
5	RUTAS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN ASEGURAMIENTO	16
PROCEDIMIENTOS EN ASEGURAMIENTO		22