



Derogado o Acuerdo  
087/2002

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

ACUERDO NUMERO 102 DE 2000

(Diciembre 22)

Por el cual se reglamenta la Prestación de servicios de Salud de la Entidad Adaptada FONDO DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO.

**EL CONSEJO SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**  
*en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y*

**CONSIDERANDO:**

1. Que la Universidad de Nariño viene protegiendo a sus servidores de los riesgos de enfermedad general y de maternidad a través del Fondo de Salud.
2. Que mediante Acuerdo No. 055 de junio 9 de 2000 expedido por el Honorable Consejo Superior se autorizó al Fondo de Salud de la Universidad de Nariño para continuar prestando los servicios de salud como Entidad Adaptada.
3. Que es necesario adecuar el reglamento de servicios de salud a los parámetros generales legales vigentes y a las normas propias de la Universidad.

# **A C U E R D A:**

## **CAPITULO I**

### **ASPECTOS GENERALES**

**ARTICULO 1. - NATURALEZA JURIDICA:** El Fondo de Salud es una dependencia adscrita a la Universidad de Nariño cuyo representante legal es el Rector, con organización administrativa y financiera propia, habilitada para ser delegataria de funciones del Consejo Superior Universitario, cuyo objeto es garantizar la prestación de los servicios relacionados con la seguridad social en salud al personal de usuarios del Fondo de Salud.

Corresponde al Fondo de Salud prestar los servicios médico asistenciales a sus usuarios, conforme a la Ley, estatutos, convenciones y pactos vigentes y se responsabilizará del trámite y pago de los servicios de salud.

**ARTICULO 2. - PLANES DE BENEFICIOS:** El Fondo de Salud de la Universidad de Nariño prestará a sus usuarios los siguientes servicios:

- Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo P.O.S.
- Planes Complementarios

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD – POS: Es el conjunto básico de servicios de atención en salud al que tiene derecho en caso de necesitarlo todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que están obligadas a garantizar a sus afiliados las Entidades Adaptadas.

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información, fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad en los diferentes niveles de complejidad, así como el suministro de medicamentos. La Entidad Adaptada podrá incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobadas.

SEGURO DE SALUD PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO: El Fondo de Salud como Entidad Adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como de alto costo. La aseguradora indemnizará al TOMADOR los gastos médicos que se causen durante la vigencia de la póliza, derivada de los tratamientos practicados a sus afiliados al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo – POS que resulten afectados por enfermedades de alto costo definidas y reguladas como tales por las disposiciones legales vigentes.

**PLANES COMPLEMENTARIOS:** Es el conjunto de beneficios reconocidos y financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria y comprenden: actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de conformidad con pactos y convenciones vigentes.

**ARTICULO 3. - ACREDITACIÓN DE PARENTESCO:** Para nuevas afiliaciones del grupo familiar será requisito diligenciar el formulario de inscripción, presentar la documentación requerida y firmar bajo la gravedad de juramento que la información es veraz.

Es indispensable para acreditación de parentesco presentar los siguientes documentos:

- a) **Para los cónyuges:** Registro civil de matrimonio y fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- b) **Para los compañeros permanentes que reúnan los requisitos establecidos en la Ley 54 de 1990:** Registro civil de nacimiento de cada uno de los miembros de la pareja y declaración juramentada por parte del afiliado cotizante donde conste el tiempo de convivencia, el cual no podrá ser inferior a dos (2) años al momento de su inscripción. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del compañero
- c) **Para los hijos menores de dieciocho (18) años:** Registro civil de nacimiento. Para certificar la dependencia económica se deberá presentar fotocopia de la declaración de renta y patrimonio o del certificado de ingresos y retenciones del afiliado si no está obligado a declarar renta.
- d) **Para los hijos entre dieciocho (18) y veinticinco (25) años:** Además de los requisitos del literal c) se deberá presentar certificación expedida por la institución donde se encuentra matriculado adelantando estudios con dedicación exclusiva y fotocopia de la cédula de ciudadanía. Cuando un beneficiario cumpla 18 años y no adelante estudios con dedicación exclusiva se extenderá la prestación de los servicios de salud por un término de seis meses contados a partir de la fecha de la obtención del título de bachiller.
- e) **Para los hijos con discapacidad:** Además de los requisitos del literal c) deberán presentar certificado de invalidez expedido por el médico especialista en Salud Ocupacional, de acuerdo con las normas vigentes, certificación anual de supervivencia y fotocopia del documento de identidad.
- f) **Para los padres:** Registro civil de nacimiento del afiliado cotizante. Para certificar la dependencia económica se debe presentar fotocopia de la declaración de renta y patrimonio, o del certificado de ingresos y retenciones del afiliado cotizante (si no está obligado a declarar renta) y Fotocopia de la cédula de ciudadanía del beneficiario. Además de lo anterior deberá llenar los siguientes requisitos:

Presentar declaración juramentada donde conste:

- ✓ Que no este afiliado a ninguna EPS
- ✓ Que no recibe ingresos por concepto alguno.

**ARTICULO 4. - Carnet de afiliación:** El Fondo de Salud expedirá un carnet a cada uno de sus usuarios, el cual será el documento de identificación para acceder a los servicios de salud.

El carnet es personal e intransferible y si llegare a utilizarse como respaldo de atención a persona diferente a la que figura en él, se aplicarán las sanciones a que haya lugar y el afiliado deberá cancelar el costo de los servicios recibidos fraudulentamente.

**ARTICULO 5. - Tipo de servicio según el tiempo de afiliación:** El Fondo de Salud de la Universidad de Nariño no podrá aplicar preexistencias a sus usuarios, quienes tendrán los siguientes beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) de acuerdo con el tiempo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

#### **DESDE LA AFILIACION:**

- ✓ Tratamiento inicial y estabilización del paciente en casos de urgencias.
- ✓ Tratamiento integral del embarazo.
- ✓ Atención del parto y del puerperio.
- ✓ Atención del recién nacido.

#### **DESPUES DE CUATRO SEMANAS DE AFILIACION:**

- ✓ Atención integral a la población en educación, información, fomento de la salud y en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- ✓ Los exámenes de laboratorio definidos en las normas vigentes.
- ✓ La atención odontológica definida en las normas vigentes.
- ✓ Suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.
- ✓ Medicamentos de alto costo para el manejo de patologías crónicas.
- ✓ Medicamentos de uso ambulatorio.
- ✓ Medicamentos de uso en pacientes sometidos a hospitalización.

**ARTICULO 6. - Licencias de maternidad:** Para el reconocimiento de las prestaciones económicas por licencia de maternidad se requiere que la usuaria haya cotizado como mínimo un tiempo igual al periodo de gestación.

## **CAPITULO II**

### **EXAMEN DE ADMISION PARA NUEVOS AFILIADOS**

**ARTICULO 7. -** Se denomina examen de admisión el que se practica al aspirante y a sus beneficiarios para vincularse al Fondo de Salud y será practicado a través del servicio médico - odontológico del Fondo, previa presentación de los requisitos exigidos por el mismo.

**ARTICULO 8.** - El examen de admisión incluirá valoración médica y odontológica general, la cual se realizarán en las instalaciones del Fondo de Salud- previa presentación de los siguientes exámenes: órganos de los sentidos visión y audición realizados por Optómetra y por fonoaudióloga y exámenes paraclínicos como: cuadro hemático, VSG, parcial de orina, glicemia, serología, nitrógeno ureico, creatinina y citología cérvico vaginal.

Los costos de los exámenes relacionados en este artículo serán asumidos por el solicitante, a excepción del examen odontológico y valoración médica general.

**ARTICULO 9.** - El aspirante que no se someta a examen de admisión, no podrá exigir la prestación de los servicios médicos u odontológicos.

**ARTICULO 10.** - En caso de retiro, si es reintegrado a su cargo antes de cumplir los tres (3) meses, la afiliación seguirá vigente y no requerirá de examen de admisión. Igual tratamiento se dará cuando el afiliado entable demanda y el fallo sea favorable, así haya transcurrido mayor tiempo.

**ARTICULO 11.** - Los servicios médicos a los beneficiarios solo se prestarán hasta el día que termine la vinculación del afiliado con la Universidad.

### **CAPITULO III**

#### **PRESTACIONES MEDICO - ASISTENCIALES**

**ARTICULO 12.** - El Fondo de Salud de la Universidad de Nariño prestará a sus usuarios, asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacológica, de apoyo diagnóstico y terapéutico, exceptuando las siguientes: cirugía estética con fines de embellecimiento, tratamientos nutricionales con fines estéticos, tratamientos para la infertilidad, tratamientos para alcoholismo y drogadicción y en lo relacionado con la impotencia, se excluye el suministro de sildenafil. Estos servicios se prestarán mientras dure el período de afiliación y por tres (3) meses más, contados a partir de la fecha de retiro del cargo sin perjuicio de lo que dispongan normas especiales, solo para afiliados desvinculados mas no para sus beneficiarios.

**PARAGRAFO .** - Los servicios médicos a que se refiere el presente artículo serán prestados siempre y cuando el ex-empleado o trabajador no haya adquirido estos derechos en otra Empresa Promotora de Salud.

## CAPITULO IV

### ATENCION MEDICA GENERAL

**ARTICULO 13.** - El Fondo de Salud brindará servicios médico asistenciales así:

- a) Directamente a través de su personal profesional de contrato en las instalaciones propias del Fondo de Salud, o en consultorios de profesionales especialistas adscritos, previa remisión de un médico general vinculado al Fondo y con visto bueno de Coordinación Médica. Para la remisión entre los diferentes niveles es indispensable operativizar el proceso de referencia y contrareferencia definido en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos de que trata el Artículo 16 del Decreto 1938 del 5 de agosto de 1994. Se exceptúa de lo anterior la atención por urgencias. La obligación del Fondo de Salud será prestar el servicio de acuerdo a la red de servicios adscrita al Fondo.
- b) Indirectamente, en virtud de convenios o contratos con otras entidades públicas o particulares, bajo la vigilancia del Fondo y la responsabilidad de la entidad que presta el servicio.

**ARTICULO 14.** - Requisitos para referencia: para la referencia de pacientes se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- El médico general del Fondo de Salud realizará a su criterio interconsulta o remisión a la especialidad pertinente con el visto bueno del Coordinación Médica del Fondo.
- Para los casos de alergología el paciente deberá ser previamente valorado por un médico especialista en dermatología u otorrinolaringología o neumología.
- En caso de problema de refracción visual serán remitidos sólo a optometría.
- Se debe enviar correctamente diligenciada la referencia del paciente y anexar los exámenes paraclínicos y de ayuda diagnóstica practicados.

**ARTICULO 15.** - El Fondo de Salud no asumirá los costos ni las consecuencias de los tratamientos efectuados por profesionales de la salud no autorizados previamente por el Fondo, excepto en los casos de urgencia. Estas deberán ser informadas en un término no mayor a un (1) día hábil y justificadas a través del resumen de la historia clínica en un término no mayor a tres (3) días hábiles.

**ARTICULO 16.** - La atención de consulta médica general se reconocerá en un cien por ciento para afiliados y beneficiarios; consulta médica a domicilio en un cien por ciento para afiliados y beneficiarios, previa autorización del Fondo y para medicina alternativa en un cien por ciento consulta, sesiones y medicamentos alternativos que sean producidos y comercializados en el país con licencia del INVIMA y del Ministerio de Salud, siempre y cuando sean formulados por un profesional acreditado y con visto bueno de Coordinación Médica.

**ARTICULO 17.** - La atención de urgencias se reconocerá en un cien por ciento para los usuarios en consultorios del Fondo de Salud y/o en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que formen parte de la red de servicios del Fondo de Salud, cuando las circunstancias lo ameriten.

**PARAGRAFO 1.** - El Fondo de Salud reconocerá el costo total de la atención de urgencias en horas no hábiles o cuando la situación lo amerite y cuando el paciente acuda directamente a los servicios de urgencias, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Aviso oportuno y remisión a la Coordinación Médica de la epicrisis cuando el paciente es hospitalizado y resumen de la historia clínica en otros casos, en un termino no mayor a un (1) día hábil, salvo incapacidad de hacerlo.
- b) El reconocimiento se hará siempre y cuando la urgencia sea evaluada y reconocida como tal por la Entidad.

**PARAGRAFO 2.** - En casos de reintegro de los gastos efectuados se reconocerá de acuerdo al manual de tarifas vigentes adoptado y asumido por el Fondo de Salud de la Universidad de Nariño.

**ARTICULO 18.** - El Fondo de Salud estudiará y decidirá el manejo de la urgencia que requiera hospitalización en una ciudad diferente a Pasto, sea autorizando su permanencia en la Institución en donde se encuentra hospitalizado, u ordenado su traslado a una entidad adscrita al Fondo de Salud. Si el paciente, sus familiares o allegados no dan aviso o se oponen a su traslado, el Fondo sólo reconocerá los montos que tiene establecidos en el manual de tarifas vigente, previa presentación de los comprobantes.

**ARTICULO 19.** - El Fondo de Salud solo atenderá casos de enfermedad general y licencias de maternidad. A los afiliados a los cuales se les compruebe enfermedad profesional, accidente de trabajo, o atención en salud derivada de accidentes de tránsito serán atendidos y estabilizados por el Fondo de Salud y luego pasaran a la administradora de Riesgos Profesionales a la cual este afiliada la Universidad de Nariño o con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al FOSYGA según sea el caso.

**ARTICULO 20.** - En caso de licencia no remunerada o comisión ad honorem para los afiliados, el Fondo de Salud no prestará la atención médica integral ni al afiliado ni a sus beneficiarios.

**ARTICULO 21.** - Para el cubrimiento de los servicios médicos a los afiliados en comisión de estudios en el exterior, el Fondo de Salud reintegrará al afiliado y a los beneficiarios, el valor pagado del seguro o de la póliza en un cien por ciento para el afiliado y en un sesenta por ciento para sus beneficiarios, previa presentación de los siguientes requisitos:

- ✓ Acuerdo del Consejo Superior de aprobación de la comisión de estudios
- ✓ Recibo de pago del seguro o de la póliza por el tiempo que se cobra.
- ✓ Carnet de afiliación expedido en el sitio de la comisión.
- ✓ Constancia del Banco de la República del valor de la moneda extranjera en el momento de la adquisición de la póliza

**PARAGRAFO :** El Fondo de Salud no reconocerá este servicio cuando la beca incluya los seguros médico asistenciales del afiliado y/o de los beneficiarios.

## **CAPITULO V**

### **SERVICIOS ODONTOLOGICOS**

**ARTICULO 22.** - El Fondo de Salud de la Universidad de Nariño prestará asistencia odontológica a sus usuarios en los siguientes tratamientos: medicina oral, odontología preventiva, operatoria, periodoncia, endodoncia, cirugía oral y ortopedia. Los servicios de rehabilitación oral se prestarán únicamente a los afiliados. Los medios de ayudas diagnósticas como: rayos x y exámenes de laboratorio clínico a criterio de Coordinación Odontológica y sólo se autorizarán como apoyo diagnóstico en las áreas señaladas en el presente artículo; incluye cirugía maxilofacial en caso de disfuncionalidad (no con carácter estético).

**PARAGRAFO.-** El Fondo de Salud no realizará ni reconocerá tratamientos como implantes, ortodoncia correctiva, prótesis en oro, tratamientos de rehabilitación oral fuera de las instalaciones del Fondo de Salud, al igual que los medios de ayudas diagnósticas en estas áreas.

**ARTICULO 23.** - La práctica del examen de admisión odontológico será realizada por la Coordinación Odontológica en el Fondo de Salud e incluirá los métodos de diagnóstico de tejidos blandos y duros del sistema estomatognático.

**PARAGRAFO.-** Si una vez realizado el examen de admisión se encuentra ausencia de piezas dentales, el aspirante deberá renunciar a tratamientos de rehabilitación oral en lo referente a las piezas ausentes.

**ARTICULO 24.** - El Fondo de Salud prestará a sus afiliados el servicio de rehabilitación oral en todas sus formas y en un cien por ciento con excepción a lo contemplado en el parágrafo del artículo inmediatamente anterior.

En caso de que el afiliado realice este servicio en consultorios particulares fuera de la ciudad, se reconocerá únicamente el valor establecido en las tarifas vigentes adoptadas por el Fondo, previa autorización de Coordinación Odontológica.

El cambio o sustitución de prótesis dentales, dependerá del criterio y evaluación de Coordinación Odontológica. Toda repetición de tratamientos en rehabilitación oral se autorizará después de dos años de ejecutado el mismo y si el caso lo amerita.

Las remisiones de trabajos de rehabilitación oral, se harán a los laboratorios dentales adscritos al Fondo.

**ARTICULO 25.** - El Fondo de Salud prestará a sus usuarios el servicio especializado en endodoncia y cirugía oral en un cien por ciento del costo por unidad dental. El servicio de periodoncia especializada se autorizará única y exclusivamente a los afiliados.

**ARTICULO 26.** - El Fondo de Salud prestará los servicios especializados en ortodoncia preventiva a los beneficiarios menores de 12 años y se reconocerá el (30%) treinta por ciento del costo total de este servicio; el (70%) setenta por ciento será cancelado por el afiliado al especialista tratante.

**ARTICULO 27.** - Cuando se presente una urgencia odontológica fuera de la ciudad, el usuario deberá informar en un plazo no mayor a un (1) día hábil y se justificará a través del resumen de la historia clínica en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles, a Coordinación Odontológica. En caso de reintegro se reconocerá según las tarifas vigentes en el Fondo de Salud de la Universidad de Naríño.

**ARTICULO 28.** - Los medicamentos prescritos por odontólogos generales y especialistas, se suministrarán con el visto bueno de Coordinación Odontológica siempre y cuando el paciente haya sido remitido a través del Fondo de Salud. No se reconocerá cremas dentales, ni enjuagues bucales, ni cepillos de dientes.

**ARTICULO 29.** - Las tarifas para los servicios odontológicos especializados se reconocerán de acuerdo al manual de tarifas vigentes adoptado y asumido por el Fondo de Salud.

## **CAPITULO VI**

### **SERVICIOS HOSPITALARIOS**

**ARTICULO 30.** - El Fondo de Salud prestará los servicios hospitalarios a través de entidades con las cuales ha establecido convenio y ocasionalmente con entidades no contratadas previa remisión y autorización del Fondo.

**ARTICULO 31.** - Los médicos de consulta externa, los especialistas, personal de terapias complementarias y las instituciones hospitalarias adscritas, enviarán a Coordinación Médica la referencia y contrareferencia según sea el caso y la epicrisis e historia hospitalaria que se incorporará a la historia clínica del usuario.

**ARTICULO 32.** - En caso de hospitalización y cirugía, los usuarios tendrán derecho al cien por ciento de los costos en habitación unipersonal, siempre y cuando sean remitidos por el Fondo. Todas las hospitalizaciones serán sometidas a control de Auditoría Médica.

**ARTICULO 33.-** Para la hospitalización de un usuario, se deberá presentar además de la orden de remisión del Fondo el respectivo carné y el documento de identidad.

## CAPITULO VII

### REMISION DE PACIENTES Y MEDICINA ESPECIALIZADA

**ARTICULO 34.** - Sólo se expedirán certificados de permanencia o incapacidad, cuando el usuario haya sido debidamente remitido y exista constancia en la historia clínica de su hospitalización, de su atención por el profesional respectivo o de estar cumpliendo citas para exámenes paraclínicos o ayudas diagnósticas.

**ARTICULO 35.** - Cuando el usuario requiera tratamiento, valoración o control fuera de la ciudad, se tendrá por lo menos un concepto favorable de especialista adscrito al Fondo de Salud para que el tratamiento sea analizado y aprobado por Coordinación Médica del Fondo. Si ésta concluye que dicha remisión es pertinente y se justifica, remitirá al paciente a la ciudad, institución y/o especialista del caso. Cuando Coordinación Médica crea necesarios otros conceptos adicionales para justificar las remisiones a otras ciudades, podrá solicitarlos.

**ARTICULO 36.** - Cuando un usuario sea remitido por el Fondo a una ciudad diferente a Pasto, para exámenes, valoración o tratamiento, se reconocerá transporte y un aporte económico para viaje hasta por (3) tres días y medio. Este se cancelará teniendo en cuenta la siguiente escala:

REMUNERACIÓN MENSUAL EN S.M.L.M.V.	PORCENTAJE SOBRE S.M.L.M.V.	
	DIA PERNOCTADO	DIA NO PERNOCTADO
De 0 a 3,614	26,33	13,165
De 3,615 a 5,606	36,33	18,165
Mayores de 5,606	39,98	19,99

A partir del cuarto día el auxilio se liquidará sobre el 75% del valor asignado en la anterior escala. Este reconocimiento requiere previa autorización de la Dirección del Fondo; si esta autorización no se recibe, los gastos de permanencia serán asumidos por el afiliado.

**PARAGRAFO .** - El transporte y auxilio se reconocerán únicamente a la persona que se remite, a excepción de niños menores de 12 años, en cuyo caso se reconocerá transporte al acompañante. En casos excepcionales y previo concepto favorable del comité de Auditoría Médica se aprobará transporte para el acompañante.

**ARTICULO 37.** - Para la legalización de los avances para gastos médicos fuera de la ciudad es indispensable presentar a Coordinación Médica el certificado de permanencia expedido por la oficina respectiva de la entidad y/o médico tratante; para su revisión Coordinación Médica solicitará si lo considera pertinente otros comprobantes para aprobar o no, dicho certificado.

**ARTICULO 38.** - Los tratamientos psiquiátricos y psicológicos serán cubiertos por el Fondo de Salud en un cien por ciento (100%) para los usuarios. Para pacientes psiquiátricos se incluye psicoterapia grupal.

**PARAGRAFO.-** Los tratamientos en hospitales psiquiátricos se autorizarán máximo por un lapso de treinta (30) días. La continuidad de estos tratamientos dependerá de la evaluación de Coordinación Médica del Fondo de Salud.

**ARTICULO 39.** - En los casos de atención de maternidad a las hijas beneficiarias, se reconocerá la primera valoración del recién nacido.

**ARTICULO 40.** - El Fondo reconocerá las licencias de maternidad conforme a lo determinado por la Ley y los derechos establecidos en convenciones y pactos vigentes.

**ARTICULO 41.** - El Fondo de Salud brindará atención pediátrica a los beneficiarios menores de un año. A partir de esta edad y hasta los doce años, se prestará este servicio previa remisión del médico general del Fondo y visto bueno de Coordinación Médica.

**ARTICULO 42.** - Si el paciente está en control con un especialista, después del tercer control, debe regresar a consulta con el médico general para su valoración y seguimiento. Si el médico general considera que el paciente debe remitirse nuevamente al especialista, Coordinación Médica autorizará este servicio.

## **CAPITULO VIII**

### **SUMINISTRO DE LENTES, MONTURAS Y LENTES DE CONTACTO**

**ARTICULO 43.** - El Fondo de Salud suministrará a sus usuarios lentes, monturas y lentes de contacto, cuando sufran de alteraciones de agudeza visual a juicio del oftalmólogo o del optómetra tratante, según el caso.

Para el afiliado se reconocerá el valor de monturas por un monto no mayor al 30% del salario mínimo legal mensual vigente; para los beneficiarios se reconocerá un monto equivalente al 15% del salario mínimo legal mensual vigente. El Fondo de Salud reconocerá monturas cada tres (3) años.

Para el afiliado el Fondo de Salud reconocerá lentes hasta por un 40% del salario mínimo legal mensual vigente y para el beneficiario hasta por un 20% del salario mínimo legal mensual vigente, sólo cuando haya cambio de fórmula y previa autorización de Coordinación Médica del Fondo.

El Fondo de Salud reconocerá los costos de lentes de contacto a sus usuarios por indicación imperativa del oftalmólogo u optómetra tratante y cuando sea el medio más adecuado para la rehabilitación visual, hasta por un 50% (cincuenta por ciento) del salario mínimo legal mensual vigente, cada tres (3) años. No cubrirá lentes desechables ni estéticos, sólo lentes con la fórmula para el defecto refractivo.

En los casos funcionales mediante imperativa indicación del oftalmólogo tratante se autorizará la cirugía QUERATOTOMIA RADIAL – QUERATOMEULISIS, para lo cual el Fondo de Salud reconocerá única y exclusivamente al afiliado el 30 % del costo total de la cirugía y perderá el derecho a lentes y monturas.

Cuando a juicio del optómetra el paciente requiera dos pares de gafas por graduaciones excepcionales o que sean difíciles de elaborar en una sola, el Fondo reconocerá el tope máximo aprobado tanto para lentes como para monturas.

Cuando el usuario ingrese con una alteración de agudeza visual y uso de gafas, el Fondo de Salud suministrará únicamente lentes. No se otorgará lentes con fines estéticos.

## CAPITULO IX

### SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y REHABILITACION

**ARTICULO 44.** - El Fondo de Salud reconocerá a sus usuarios el cien por ciento (100%) en el servicio de laboratorio clínico.

**ARTICULO 45.** - El Fondo de Salud cubrirá los servicios de radiología, medicina nuclear, TAC, en un cien por ciento. Resonancia magnética en un cien por ciento previa visto bueno de Coordinación Médica.

**ARTICULO 46.** - El Fondo de Salud reconocerá el cien por ciento (100%) en implementos derivados de tratamientos médicos y/o quirúrgicos de acuerdo con la Ley, convenciones y pactos vigentes.

**ARTICULO 47.** - El Fondo de Salud reconocerá el cien por ciento (100%) en prótesis y ortesis con las limitaciones y exclusiones determinadas en el artículo 12 del presente acuerdo.

**ARTICULO 48.** - El Fondo de Salud reconocerá el cien por ciento de audífonos convencionales cada cinco años previa autorización de Coordinación Médica. Para otro tipo de audífonos como: Intraauricular, Intracanal y completamente dentro del canal, se autorizará con visto bueno de Coordinación Médica y se reconocerá el 30% del costo total de este suministro.

## CAPITULO X

### INCAPACIDADES

**ARTICULO 49.** - Toda incapacidad debe expedirse únicamente con base en el criterio médico y no tendrá retroactividad, salvo que a juicio de Coordinación Médica el paciente haya estado en condiciones de incapacidad absoluta para informarlo, por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito.

**ARTICULO 50.** - Los certificados por incapacidades expedidos por los médicos y odontólogos particulares no se aceptarán, salvo que la Coordinación Médica u Odontológica verifique el estado del paciente y confirme el diagnóstico.

**ARTICULO 51.** - Los certificados por incapacidades expedidas a través de los servicios de urgencias sólo serán reconocidos por el día que asiste el afiliado a dicho servicio. Si el afiliado requiere más días de incapacidad, ésta deberá ser expedida por el médico general o Coordinación Médica del Fondo.

**ARTICULO 52.** - Todas las incapacidades expedidas por médicos y odontólogos del Fondo llevarán el visto bueno de la respectiva coordinación. Las incapacidades mayores a ocho (8) días y hasta treinta (30) días serán expedidas por el especialista. En casos excepcionales la expedirá Coordinación Médica.

Las incapacidades entre treinta y noventa días serán revisadas por la junta médica laboral, integrada por el médico u odontólogo coordinador, un médico u odontólogo escogido por Dirección y el especialista tratante según el caso. El resultado del análisis de la junta será entregado a la Dirección del Fondo.

Las incapacidades mayores a noventa (90) días llevarán siempre el visto bueno del médico especialista en salud ocupacional adscrito al Fondo, el cual tendrá la facultad de examinar al paciente cuando lo considere necesario.

Las incapacidades llevarán un número consecutivo en el formato establecido por el Fondo de Salud.

**ARTICULO 53.** - Las incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad se liquidarán conforme a lo establecido en la Ley, pactos y convenciones vigentes.

## CAPITULO XI

### SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

**ARTICULO 54.** - El Fondo de Salud suministrará los medicamentos que sean prescritos por los médicos y odontólogos del Fondo y por los especialistas que conformen la red prestadora de servicios de salud del Fondo de acuerdo al vademécum adoptado por el Fondo, con visto bueno de coordinación médica u odontológica. Cuando se trate de urgencias comprobadas, el Fondo reconocerá los gastos de medicamentos y demás servicios asistenciales previo visto bueno de Coordinación Médica.

**PARAGRAFO 1.** - El vademécum adoptado por el Fondo de Salud estará regido por el acuerdo 83 de 1997 expedido por el Ministerio de Salud. Todos los medicamentos se suministrarán con denominación genérica y serán los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud y definidos en el manual de medicamentos esenciales y terapéutica, el cual contiene la descripción del medicamento esencial, su nombre genérico y la presentación farmacológica. Además se incluirán en el vademécum algunos medicamentos que se consideren indispensables para la mayor eficacia terapéutica. Para casos especiales el profesional deberá ceñirse a la Resolución 5061 de diciembre de 1997 emanada del Ministerio de Salud y demás normas vigentes.

**PARAGRAFO 2.** - Se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de mayor costo beneficio y efectividad en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a las enfermedades de mayor relevancia en el perfil de morbilidad y mortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.

**PARAGRAFO 3.** - Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

**ARTICULO 55.** - Si fueren indispensables para la vida y salud del paciente formular medicamentos no incluidos en el vademécum adoptado por el Fondo de Salud, estos se podrán formular teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- La formulación del medicamento deberá ser expedida por personal autorizado de la Institución. (médicos y odontólogos vinculados mediante contrato y/o adscritos al Fondo.)
- Deberá existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, el que deberá ser demostrable y constar en la historia clínica del mismo.
- La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas que éste consagra, sin haber obtenido respuesta clínica satisfactoria en el término previsto en sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existen contraindicaciones expresas sin alternativas en el listado del acuerdo 83 de 1997. De lo anterior se dejará constancia en la historia clínica del paciente.
- Sólo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su expendio en Colombia.

**ARTICULO 56.** - Para la prescripción facultativa, los médicos u odontólogos que laboran o hacen parte de la Red de servicios de salud del Fondo, deberán tener en cuenta las siguientes normas:

- a) Toda prescripción deberá hacerse por escrito, previa evaluación de los pacientes, registro de sus condiciones, estudio clínico y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello el nombre genérico.
- b) Que se usen únicamente los recetarios diseñados para tal efecto por el Fondo de Salud.
- c) Que la fórmula sea elaborada en forma completa, sin dejar de llenar ninguna de las casillas de las que corresponda al médico u odontólogo, en original y con las copias correspondientes.
- d) Que el profesional de salud se ciña al vademécum adoptado y asumido por el Fondo de Salud.
- e) Que la fórmula esté de acuerdo en un todo con las normas administrativas y de farmacia. El no cumplimiento de lo anterior determinará que la fórmula no sea despachada y se devuelva al médico u odontólogo tratante para su corrección.
- f) En tratamiento ambulatorio no se prescribirán más de tres (3) medicamentos. Cuando fuere indispensable formular más, la fórmula deberá llevar el visto bueno de Coordinación Médica.
- g) Solamente con el visto bueno de Coordinación Médica, se aceptará sobrepasar el límite permitido para cada medicamento.
- h) En los casos en que los especialistas prescriban formulas cuyas cantidades de medicamento excedan de un tiempo superior a treinta días, Coordinación Médica autorizará lo correspondiente a treinta días, hasta completar la totalidad de la fórmula.
- i) Es obligación de quien prescriba el medicamento informar al paciente sobre su vía de administración, forma y condiciones de uso, posibles efectos secundarios y riesgos, como también qué hacer cuando éstos se presenten.
- j) Es obligación de quien provee el medicamento instruir al paciente sobre las condiciones de prescripción, cómo reconstituirlos cuando así se requiera, cómo almacenarlos, cómo medir la dosis y cuándo desecharlos o destruirlos. Por ningún motivo podrá cambiar la concentración, la forma farmacéutica ni la cantidad prescrita.
- k) En todas las formulas se debe registrar el código del diagnóstico que generó la medicación.

**ARTICULO 57.** - El suministro de la droga prescrita tiene validez únicamente por tres (3) días hábiles a partir de la fecha de expedición. Pasado este término el paciente deberá someterse a nuevo control para confirmar la prescripción médica.

**ARTICULO 58.** - La droga será suministrada única y exclusivamente por el depósito de medicamentos que cree el Fondo de Salud; los medicamentos que no se encuentren en el inventario del depósito, serán suministrados por las droguerías que tengan convenio con el Fondo de Salud.

**ARTICULO 59.** - Ningún medicamento podrá ser sustituido ni reemplazado por el proveedor; sólo podrá ser cambiado por el médico tratante o Coordinación Médica.

**ARTICULO 60.** - El Fondo de Salud no podrá autorizar el suministro de medicamentos cuando se presenten los siguientes casos:

- a.) Cuando la fórmula tenga más de tres (3) días hábiles de expedida.
- b.) Cuando la fórmula presente adulteraciones como: enmendaduras, tachones, borrones, adición de medicamentos, etc.
- c.) Cuando la firma del profesional autorizado por la Institución, se encuentre alterada o no corresponda a la registrada.
- d.) Cuando la fórmula esté mal elaborada en lo referente a unidades en letras o en números, descripción del medicamento, concentración, volumen y forma de aplicación.

**PARAGRAFO.-** El Fondo de Salud, no autorizará el pago de la fórmula si se comprueba que fue despachada con alguna de las irregularidades contempladas en el presente artículo.

**ARTICULO 61.** - Será responsabilidad del jefe de farmacia del depósito de medicamentos o de la respectiva droguería que tenga contrato con el Fondo, llevar un control estricto de los medicamentos con el objeto de prevenir su vencimiento, obtener su cambio oportuno y cumplir con los requisitos mínimos que garanticen su conservación.

**ARTICULO 62.** - El Fondo de Salud llevará un control y seguimiento permanente sobre el proceso de formulación, a través de Auditoría Médica del Fondo y revisor de la facturación de medicamentos.

## **CAPITULO XII**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTICULO 63.** - Las facturas de los oferentes adscritos a la red prestadora de servicios de salud del Fondo deberán ser revisadas por facturación, Coordinación Médica u Odontológica, Auditoría Médica y refrendadas por Dirección del Fondo. Para el reconocimiento y pago de las facturas deberán presentarse los documentos establecidos en el Decreto número 723 del 14 de marzo de 1997.

**ARTICULO 64.** - El Fondo de Salud conformará un comité de Auditoría y Ética Médica u Odontológica integrado por el médico coordinador u odontólogo coordinador, un representante de los médicos u odontólogos elegido entre éstos, el médico auditor del Fondo y cuando el caso lo amerite se invitará a un médico u odontólogo especialista de acuerdo al caso que se vaya a tratar. El comité presentará un informe a Dirección, quien queda facultada para resolver los recursos.

Las funciones de dicho comité son las siguientes:

- Revisar las historias clínicas médicas u odontológicas
- Evaluar el trabajo médico u odontológico
- Estudiar casos clínicos problemas y definir la conducta a seguir
- Autorizar el suministro de medicamentos especiales por fuera del vademécum adoptado por el Fondo

**ARTICULO 65.** - Los documentos clínicos, datos e información que posea el Fondo de Salud serán estrictamente confidenciales y de la reserva profesional y no podrán comunicarse o darse a conocer a terceras personas. La historia clínica del Fondo de Salud estará regida según lo establecido en la Resolución No. 01995 del 8 de julio de 1999 del Ministerio de Salud.

**ARTICULO 66.** - Se prohíbe a todo usuario comerciar con los medicamentos e implementos de rehabilitación y tratamientos que el Fondo de Salud entregue a los pacientes. En caso de comprobar hechos relacionados con el presente Artículo, el Fondo informará a las instancias Universitarias pertinentes para que procedan de conformidad.

**ARTICULO 67. - COBERTURA FAMILIAR:** El grupo familiar del afiliado cotizante y su grupo de beneficiarios estarán determinados según lo dispuesto por la Ley, pactos y convenciones vigentes.

**ARTICULO 68.** - El personal vinculado al Fondo de Salud de la Universidad de Nariño estará obligado a garantizar los derechos de los usuarios.

**ARTICULO 69.** - El Fondo de Salud reconocerá reintegros cuando haya autorización expresa al usuario para una atención específica. La solicitud deberá realizarse en los quince (15) días hábiles siguientes a la conclusión de la atención del paciente, previa presentación de los documentos respectivos. En ningún caso el Fondo hará reconocimientos económicos, ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas.

### **CAPITULO XIII**

#### **DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DEL FONDO**

**ARTICULO 70.** - Son derechos de los usuarios:

- a) Recibir del Fondo los beneficios, los recursos y las tecnologías disponibles para atender su enfermedad, mejorar su salud y prevenir complicaciones, con base en los conocimientos científicos vigentes y en la organización de las instituciones por grado de complejidad, según las disposiciones vigentes.
- b) Escoger libremente al profesional competente para la atención de su salud de acuerdo con las opciones de disponibilidad existentes en el Fondo.
- c) Recibir instrucciones y apoyo acerca de la forma de proteger, mantener, mejorar y restablecer su salud.
- d) Participar en los organismos de control y supervisión de los servicios de salud que presta el Fondo de Salud.
- e) Recibir de los funcionarios del Fondo de Salud un trato humanizado, amable y respetuoso.

Son deberes de los usuarios:

- a) Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- b) Presentar al momento de solicitar cualquier servicio la documentación requerida
- c) Pagar oportunamente las cotizaciones obligatorias y adicionales a las que haya lugar.
- d) Suministrar información veraz, confiable, clara y completa sobre su estado de salud.

- e) Cumplir con las normas, reglamentos y las instrucciones de las instituciones y de los profesionales que les prestan atención en salud.
- f) Cuidar de los recursos, las instalaciones, y hacer uso racional de los servicios de salud del Fondo de Salud.
- g) Tratar con dignidad al personal que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

#### **CAPITULO XIV**

#### **DE LAS FALTAS DISCIPLINARIAS Y SANCIONES**

**ARTICULO 71.** - Se consideran faltas disciplinarias de los usuarios del Fondo de Salud las siguientes:

- a) Falsedad en la información
- b) Uso indebido de los servicios
- c) Incumplimiento a las citas médicas u odontológicas
- d) Transferencia de servicios a terceros

**ARTICULO 72.** - Los casos de indisciplina serán conocidos y sancionados por el Consejo del Fondo de Salud.

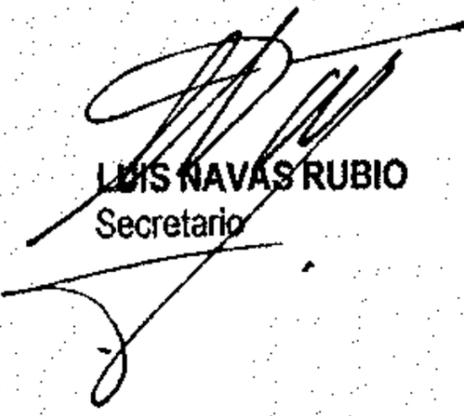
**ARTICULO 73.** - El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga el Acuerdo 192 A del 18 de Diciembre de 1991 expedido por el Honorable Consejo Superior y los que le sean contrarios.

**ARTICULO 74.** - Consejo Superior, Rectoría, Vicerrectoría Administrativa, Consejo del Fondo de Salud, oficina de Planeación, Recursos Humanos, Control Interno, anotarán lo de su cargo.

**COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE.**

Dado en San Juan de Pasto, en el salón de Sesiones de los Consejos Universitarios, a los 22 días del mes de diciembre de 2000.

  
**MIREYA USCATEGUI DE JIMENEZ**  
Presidente

  
**LUIS NAVAS RUBIO**  
Secretario