

## Obligación Patronal de asegurar al Trabajador

Todo Empleador afiliado está obligado a inscribir a sus trabajadores a la CSBP en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de iniciada la relación laboral, incluyendo el periodo de prueba, utilizando el Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador.

No están sujetas al campo de aplicación de la CSBP las personas que ejecutan trabajos ocasionales, siempre que su duración no exceda los quince (15) días.

## Derechos y Obligaciones del Trabajador

### Derechos

El o la trabajador(a) tiene derecho a ser inscrito por su empleador en los registros de la CSBP, en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles de iniciada la relación obrero patronal.

Cuando el empleador no hubiese cumplido con el requisito de enviar el respectivo parte de Aviso de Afiliación o Reingreso del o la Trabajador(a), la atención médica requerida, se dará solo en casos de emergencia, a costo del empleador, independientemente de las sanciones económicas que correspondan por incumplimiento de la obligación de inscribir a su trabajador.

Cuando el empleador no cumpla con la obligación de afiliar al o la trabajador(a) o no presente el referido Aviso de Afiliación o Reingreso del o la Trabajador(a), éste(a) podrá por sí mismo(a) solicitar su afiliación a la CSBP, obligando al empleador a pagar las cotizaciones correspondientes.

### Obligaciones

El asegurado titular y sus beneficiarios, deben presentar imprescindiblemente previa a toda prestación su Carné de Asegurado

El asegurado titular deberá registrar a cada uno de sus beneficiarios, presentando los documentos probatorios de la relación familiar.

El asegurado titular deberá comunicar mediante nota a la CSBP toda novedad ocurrida en su núcleo familiar, como ser: matrimonio, divorcio (cancelación de la partida matrimonial), defunción, situación laboral de la esposa(o) e hijos y otros cambios que terminen o modifiquen la relación de dependencia o convivencia de sus beneficiarios, además, debe periódicamente actualizar datos de su domicilio; caso contrario, la CSBP se reserva el derecho de aplicar las sanciones establecidas por ley.

## Son beneficiarios, exclusivamente, los siguientes familiares a cargo del trabajador

- a) Esposa o conviviente y el esposo.
- b) Hijo (a) menor de 19 años de edad

- c) Hijo, hermano, nieto hijastro mayor de 19 años de edad.
- d) Padres.
- e) Hermano menor de 19 años de edad.
- f) Hijastro (a).
- g) Nieto(a)

La calificación del derecho de los beneficiarios mayores de 19 años de edad, padres, hermano(a). Hijastro(a) y nieto(a), está sujeto a trámite administrativo específico, para lo cual el (a) asegurado (a) debe apersonarse a la Unidad de Trabajo Social de las diferentes regionales de la CSBP.

Ampliación de prestaciones médicas a Hijos, Hermanos, Hijastros y Nietos de 19 a 25 años, cumpliendo las siguientes condiciones: solteros, estudiantes, que no cuenten con ingresos propios y vivan a expensas del o la asegurado(a).

Los beneficiarios a cargo del asegurado titular que no hayan sido afiliados a la CSBP son considerados PARTICULARES por lo que sólo podrán recibir atención médica u odontológica en casos de urgencia y su costo será pagado por el asegurado.

#### Vigencia de Derechos

El o la trabajador(a) de quien la CSBP ha recibido el "Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador", se convierte en asegurado(a) y tiene derecho a recibir las prestaciones en especie y dinero. El derecho a dichas prestaciones estará vigente hasta la fecha de conclusión de la relación laboral, comunicada a la CSBP por el empleador mediante el "Aviso de Baja del Asegurado"

Los beneficiarios gozarán de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedad y Maternidad durante la vigencia del derecho del asegurado titular, cuyo control se ejercerá a través del sistema integrado del Módulo de Afiliaciones u otro mecanismo que la CSBP considere pertinente.

#### Prestaciones en Especie - Seguro de Enfermedad

En caso de enfermedad reconocida por los servicios médicos de la CSBP, el o la asegurado(a) y sus beneficiarios tienen derecho en los servicios de Consulta Externa, Hospitalaria y Emergencia a las prestaciones en especie, sin exigir pago previo de cotizaciones.

Las atenciones en especie corresponden a:

- a) Asistencia médica general.
- b) Asistencia médica especializada.
- c) Intervenciones quirúrgicas.
- d) Suministro de Medicamentos.
- e) Exámenes Auxiliares de Diagnóstico.
- f) Atención en Odontología reconociendo tratamiento curativo en atención ambulatoria o en hospitalización en situaciones de urgencia o tratamiento regular.

#### Prestaciones en Especie - Seguro de Riesgos Profesionales

Se entiende por Riesgo Profesional a los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Las prestaciones en especie, serán otorgadas por la CSBP desde la constatación del accidente de trabajo o el reconocimiento de la enfermedad profesional.

En caso de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional el asegurado titular tiene derecho a:

- a) Asistencia médica.
- b) Asistencia dental, quirúrgica, hospitalaria.
- c) Suministro de los medicamentos.
- d) Medios terapéuticos y de diagnóstico que requiera su estado de salud.
- e) Provisión, reparación y renovación de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión.
- f) Tratamiento médico especializado, para su recuperación y readaptación al trabajo.

### Accidente de Trabajo

Se entiende por Accidente de Trabajo, toda lesión orgánica o trastorno funcional producido por una causa externa o como consecuencia del trabajo que determine disminución o pérdida de la actividad laboral en las siguientes circunstancias:

- a) En el lugar de trabajo y durante la jornada laboral.
- b) En el lugar de trabajo, fuera de las horas de trabajo si el(a) asegurado(a) titular se encuentra realizando funciones encomendadas por su empleador.
- c) En un lugar diferente al lugar de trabajo, si el(a) asegurado(a) titular se encuentra realizando actividades encomendadas por su empleador.
- d) Durante el horario de trabajo, independientemente del lugar donde se produzca el accidente, siempre que el(a) asegurado(a) titular se encuentre realizando una diligencia relacionada con su actividad laboral.
- e) En circunstancias producidas en tránsito de, o hacia su fuente laboral, siempre y cuando el empleador avale la misma.

### Procedimiento:

1. El Accidente de Trabajo deberá necesariamente ser comunicado a la CSBP por el empleador mediante el formulario "Denuncia de Accidente de Trabajo" (recabado en forma gratuita de las AFP's), en el término de tres (3) días hábiles para accidentes ocurridos en el área urbana y cinco(5) días hábiles para accidentes ocurridos en el área rural. En caso de que el empleador se resista a denunciar el accidente, el o la asegurado(a) titular o apoderado legal, podrá efectuar la denuncia.
2. En caso de que la empresa no presente el formulario "Denuncia de Accidente de Trabajo", los gastos de atención médica otorgadas al o la asegurado(a) titular, correrán por cuenta del empleador, hasta que se presente el formulario citado.
3. En un mismo caso pueden coexistir un Accidente de Trabajo con un Riesgo Extraordinario, por orden de prelación se aplicará y tratará como Accidente de Trabajo, sin perjuicio de realizar la investigación para el resarcimiento correspondiente.

### Enfermedad Profesional

Se entiende por Enfermedad Profesional a todo estado patológico producido como consecuencia del trabajo, que sobrevenga por evolución lenta y progresiva que determine la disminución de la capacidad de trabajo y de ganancia, o muerte del o la

asegurado(a) titular y que sea provocada por la acción de agentes nocivos en su fuente de trabajo.

Procedimiento:

- a) El empleador debe comunicar a la CSBP, la presunta Enfermedad Profesional manifestada por el(a) asegurado(a) titular, para ser evaluado por el médico del trabajo de la Institución, basado en disposiciones legales vigentes.
- b) En caso de que la Regional no cuente con este profesional, debe contratar los servicios por evento de un Médico del Trabajo.
- c) La denuncia se hará mediante formulario de "Declaración de Enfermedad" en el término de tres (3) días hábiles para enfermedad presunta en el área urbana y cinco(5) días hábiles para enfermedad presunta en el área rural. En caso de que la empresa no presente el formulario, los gastos de atención médica otorgadas al o la asegurado(a) titular, correrán por cuenta del empleador hasta que se presente el formulario de Declaración de Enfermedad.

Prestaciones en Dinero (Baja Médica)

En caso de Enfermedad, Maternidad o Riesgos Profesionales, que determine un estado de incapacidad para el trabajo, el(a) asegurado(a) titular tiene derecho al pago de un subsidio por parte de la CSBP dentro del concepto de prestaciones en dinero, a cuyo efecto se le extenderá el Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica).

La presentación del Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica) para el reconocimiento económico del subsidio, caduca en un año.

El médico u Odontólogo de la CSBP, es el único profesional facultado para otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica) en los seguros de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales.

- Enfermedad Común

El subsidio de Incapacidad Temporal (Baja Médica), proveniente de Enfermedad o Accidente Común, será equivalente al 75% del salario cotizable del trabajador al inicio de la Incapacidad Temporal (Baja Médica). Los tres primeros días serán pagados por el empleador y a partir del cuarto día, la Incapacidad Temporal, será reconocida por la CSBP.

Para tener derecho a las prestaciones en dinero en el Seguro de Enfermedad, el o la asegurado(a) titular, deberá acreditar como mínimo dos (2) cotizaciones mensuales previas a la enfermedad.

En caso de no acreditar la densidad de dos (2) cotizaciones requeridas y sólo para fines de justificar la ausencia del o la asegurado(a) titular a su fuente laboral, se extenderá el Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica), con un Sello Impreso, con la inscripción "SIN DERECHO A SUBSIDIO". El control estará bajo la responsabilidad del Encargado de Vigencia de Derechos y supervisión de la Unidad de Seguros Regional.

- Maternidad

El Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica) Pre-natal, comprenderá 45 días anteriores a la fecha probable de parto y el Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica) Post-natal será concedido por otros 45 días posteriores al parto.

El subsidio de Incapacidad Temporal (Baja Médica) por Maternidad, será equivalente al 90% del salario cotizable de la asegurada titular. La CSBP, reconocerá el subsidio a partir del primer día de la Incapacidad Temporal (Baja Médica).

Para tener derecho a las prestaciones en dinero en el Seguro de Maternidad, la asegurada deberá acreditar cuatro (4) cotizaciones mensuales anteriores a la fecha de emisión del Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica) pre y post natal, por Maternidad.

En caso de no acreditar la densidad de cuatro (4) cotizaciones requeridas y solo para fines de justificar la ausencia de la asegurada titular a su fuente laboral, se extenderá el Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica), con un Sello Impreso, con la inscripción "SIN DERECHO A SUBSIDIO". El control estará bajo la responsabilidad del Encargado de Vigencia de Derechos y supervisión de la Unidad de Seguros Regional.

- Riesgos Profesionales

En el Seguro de Riesgos Profesionales, las prestaciones en dinero, serán reconocidas por la CSBP a partir del primer día de iniciada la Incapacidad Temporal (Baja Médica), sin pago previo de cotizaciones.

La CSBP reconocerá el subsidio de Incapacidad Temporal (Baja Médica) por Accidente de Trabajo el equivalente al 90% del salario del(a) asegurado(a) titular.

La CSBP reconocerá el subsidio de Incapacidad Temporal (Baja Médica) por Enfermedad Profesional el equivalente al 75% del salario del o la asegurado(a) titular. Médica), siempre que no ejecute trabajo remunerado en el periodo correspondiente y se sujete a las prescripciones sanitarias de los servicios médicos de la CSBP.

- Restricciones del Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica)

- a) La Baja Médica, se extenderá única y exclusivamente en las prestaciones médicas reconocidas dentro del régimen de Corto Plazo.
- b) La Baja Médica, no podrá ser otorgado a solicitud del o la asegurado(a) titular, de comprobarse lo señalado, se aplicarán las sanciones establecidas por normas internas de la institución y disposiciones legales vigentes.
- c) La Baja Médica, será extendido única y exclusivamente al o la asegurado(a) titular no correspondiendo otorgar a beneficiarios, rentistas, pensionados y asegurados voluntarios.
- d) En ningún caso se podrá otorgar Baja Médica en blanco, de comprobarse esta falta, el médico que firmó la incapacidad será sancionado de acuerdo a normas internas de la Institución.
- e) Queda terminantemente prohibido otorgar Baja Médica por Maternidad en periodos diferentes a la Baja Médica Pre y Post Natal.
- f) Queda terminantemente prohibido otorgar Baja Médica por medio día.

- Suspensión del Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica)

Se procederá a la suspensión del Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica), cuando se compruebe que en el periodo señalado a la Incapacidad Temporal (Baja Médica), el o la asegurado(a) titular, se encuentra trabajando.

Prestaciones a pacientes en TRANSITO

El asegurado titular o beneficiario que por motivos particulares se encuentren en otra Regional o Localidad, podrá acceder a la atención médica u odontológica de emergencia,

para tal efecto deberá presentar su Carnet de Asegurado para la verificación de su Vigencia de Derechos.

Toda interconsulta con especialidad deberá ser emitida por el médico u odontólogo que atendió la emergencia.

#### Prestaciones a pacientes TRANSFERIDOS DE UNA REGIONAL A OTRA

Para recibir atención médica u odontológica en otra Regional, los asegurados titulares y beneficiarios imprescindiblemente deberán presentar en Plataforma de Atención la "Orden de transferencia" emitida por la Regional de Origen y su Carnet de Asegurado.

El asegurado titular o beneficiario, no podrá ser atendido en la Regional de Destino, si no presenta la documentación que respalde su transferencia, excepto, si se presentase una situación de emergencia de comprobada necesidad.

#### Prestaciones Médicas en PERIODO DE CESANTÍA

Cesantía: Periodo comprendido por los dos meses posteriores al retiro del trabajador, siempre que éste haya acreditado dos (2) cotizaciones previas a la fecha de su retiro.

El asegurado y sus beneficiarios podrán recibir prestaciones en Policonsultorio y/u hospitalización durante dos (2) meses más posteriores a la fecha de su retiro.

Las prestaciones en el periodo de Cesantía a los asegurados titulares y beneficiarios serán otorgadas en la Regional en que se encuentren afiliados. Los asegurados titulares y beneficiarios, no podrán acceder de manera directa a la consulta médica u odontológica especializada en otras regionales de la CS.BP, salvo situaciones de emergencia de comprobada necesidad.

Los asegurados titulares y beneficiarios que se encuentren en periodo de cesantía, recibirán atenciones médica u odontológica en su Regional a través de médico tratante asignado, quién de acuerdo a su valoración y criterio profesional realizará interconsulta con otra especialidad para lo cual emitirá la respectiva "Orden de Transferencia"

#### Prestaciones a Trabajadores de EMPRESAS EN MORA

La CSBP otorgará prestaciones médicas, sólo en casos de EMERGENCIA.

Las recetas emitidas en Consulta Externa de emergencia, no serán prescritas en formularios de la CSBP.

En el servicio de emergencia hospitalaria, se proporcionará toda la atención requerida por el paciente, incluido medicamentos.

El costo que demande las prestaciones médicas u odontológicas en consulta ambulatoria u hospitalaria, serán cobradas al empleador, debiendo éste pagar el doble.

#### Prestaciones en localidades donde la CSBP no tiene presencia.

En las localidades en las que la CSBP no tenga presencia física, pero cuente con 25 o más asegurados(as), entre titulares y beneficiarios, se deberá proceder a la compra de servicios médicos de Instituciones o profesionales particulares.

En caso de que el número de asegurados titulares y/o beneficiarios sea menor a 25, el asegurado tendrá la opción de acceder a los servicios médicos de su elección, siempre y cuando dicha atención esté respaldada con documentación que acredite haber recibido las atenciones médicas.

En el transcurso de los diez (10) días hábiles siguientes a la atención y con el objeto de que el importe facturado por la atención médica recibida sea devuelto al asegurado, éste deberá presentar a Jefatura Médica Regional:

1	Carta de Solicitud de reembolso, dirigida al Jefe Médico Regional de la CSBP, en la misma el asegurado titular, debe indicar su número de cuenta bancaria, para que la institución le deposite el monto del costo de la atención médica recibida.
2	Informe médico detallado del proceso de atención médica.
3	Factura del Médico por la atención otorgada, la cual debe estar a nombre de la Caja de Salud de la Banca Privada, con Número de NIT 1020635028 y en la parte de detalle deberá indicar el nombre del paciente.
4	Factura de los exámenes diagnósticos realizados.
5	Factura de los medicamentos prescritos y recibidos por el paciente.
6	Factura o recibo de la Atención Hospitalaria recibida detallando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de servicios otorgados durante su internación.</li> <li>- Tipo, cantidad y detalle de medicamentos prescritos( adjuntar la Receta correspondiente.</li> <li>- Tipo, cantidad y detalle de exámenes diagnósticos realizados.</li> <li>- Tipo de cirugía practicada.</li> <li>- Tiempo de internación.</li> <li>- Detalle pormenorizado de otros costos incurridos por la atención hospitalaria recibida.</li> </ul>

La decisión de compra de servicios médicos de Instituciones de Salud o de Profesionales particulares en las localidades con 25 o más asegurados, será tomada por la CSBP en función de un análisis del lugar de residencia de dichos asegurados.

Si los trabajadores son residentes habituales del lugar, se deberá buscar una institución preferentemente de otro Ente Gestor, con la que la CSBP suscribirá contrato. Si los asegurados trabajan eventualmente en el lugar y tienen notoria rotación, se deberá proceder únicamente a la compra de servicios médicos, de un Médico Internista, Ginecólogo y Pediatra.

### RIESGOS EXTRAORDINARIOS

El Riesgo Extraordinario o Riesgo NO Profesional, se refiere a enfermedad o accidente que afectan la salud del asegurado o su beneficiario, producidos por terceras personas o por el asegurado cuando existe culpa o dolo.



La CSBP independientemente de las circunstancias en las que ocurrió la enfermedad o accidente, otorgará todas las atenciones médicas que requiera el asegurado y/o beneficiario, sin perjuicio de cobrar el costo de las prestaciones al responsable o al asegurado.

Se considera Riesgo Extraordinario a:

Exposición voluntaria al riesgo entendida como:

- Estado de ebriedad con un grado superior al 0.5 de alcoholemia, como causa que provoca el accidente o enfermedad.
  - Asaltos y peleas
  - Violencia Familiar
  - Accidentes de tránsito

Según el caso, el asegurado podrá realizar el siguiente trámite:

- En casos de Accidente de Tránsito se debe efectuar dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, la denuncia ante el Organismo Operativo de Tránsito, notificar a la compañía aseguradora del SOAT o FISO.
- En casos de Asaltos y Peleas, dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, se debe efectuar la denuncia ante la Fuerza de Lucha Contra el Crimen "FELCC"
- En ambos casos, la certificación de la denuncia debe ser presentada a la C.SBP dentro el plazo de cinco (5) días hábiles, caso contrario se repetirá el costo de las prestaciones médicas al asegurado.

# **PORTAL WEB C.S.B.P.**