

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 1 de 58   |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

|                          |
|--------------------------|
| <b>1    NORMATIVIDAD</b> |
|--------------------------|

| NORMATIVIDAD  | FECHA DE EXPEDICIÓN   | ITEM QUE APLICA AL PROCESO  |
|---|---|---|
| Ley 100 de 1993   | 23 de Diciembre de 1993   | Artículo 178  |
| Ley 1122 de 2007  | 09 de Enero del 2007  | Artículo 23   |
| Ley 1438 de 2011  | 19 de Enero del 2011  | Artículos 22 y 52   |
| Decreto 019 de 2012   | 10 de Enero del 2012  | Capítulo VIII   |
| Decreto 4747 de 2007  | 07 de Diciembre del 2007  | Artículos 1 – 9   |
| Resolución 3047 de 2008   | 14 de Julio del 2008  | En su totalidad   |
| Resolución 3253 de 2009   | 03 Septiembre del 2009  | En su totalidad   |
| Circular única – Superintendencia Nacional de Salud   | Inicial 30 Noviembre del 2007<br>Última modificación 16/07/2010 | Título II. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).<br>Sección: Red de Prestadores de Servicios. |
| Circular Externa No. 00067 de 2010 “Asociación o Alianzas estratégicas para la prestación de Servicios de Salud” – Superintendencia Nacional de Salud | 27 Diciembre del 2010   | En su totalidad   |
| Decreto 2463 de 1981  | 08 Septiembre del 1981  | Artículo 6, 7 y 8   |
| Resolución 5521 de 2013   | 27 de Diciembre del 2013  | En su totalidad   |
| Resolución 5926 de 2014   | 23 de Diciembre del 2014  | En su totalidad   |
| Decreto 1683 de 2013 - Portabilidad   | 02 Agosto del 2013  | En su totalidad   |
| Decreto 3047 de 2013 – Movilidad entre regímenes  | 27 Diciembre del 2013   | En su totalidad   |
| Resolución número 2635 de 2014 “Condiciones para la operación de la movilidad entre regímenes”  | 24 de Junio del 2014  | En su totalidad   |
| <b>Resolución 3100 de 2019</b>  | <b>25 de Noviembre del 2019</b>                                 | En su totalidad   |
| Resolución 01222 de 2015 Modifica la Resolución número 2635 de 2014”  | 21 de Enero del 2015  | En su totalidad   |
| Decreto 780 de 2016   | 06 de Mayo del 2016   | En su totalidad   |
| Resolución 429 de 2016  | 07 de Febrero del 2016  | En su totalidad   |
| Resolución 3202 de 2016   | 25 de Julio del 2016  | En su totalidad   |
| Resolución 1441 de 2016   | 21 de Abril del 2016  | En su totalidad   |
| Resolución 5928 de 2016   | 30 Noviembre del 2016   | Artículo 5, literal b   |
| Resolución 5269 de 2017   | 22 de Diciembre del 2017  | En su totalidad   |

|   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 2 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4      |

|                         |                          |                 |
|-------------------------|--------------------------|-----------------|
| Decreto 682 del 2018    | 18 de Abril del 2018     | En su totalidad |
| Resolución 2515 de 2018 | 15 de Junio del 2018     | En su totalidad |
| Resolución 583 de 2018  | 26 de Febrero del /2018  | En su totalidad |
| Resolución 1885 de 2018 | 10 Mayo del 2018         | En su totalidad |
| Resolución 5491 de 2017 | 20 de Diciembre del 2017 | En su totalidad |
| Circular 047 de 2017    | 22 de Diciembre del 2017 | En su totalidad |

## 2 DEFINICIONES

**Contrato:** Acuerdo de voluntades entre dos o más partes por el cual una parte se obliga con la otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y el objeto del mismo.

**Contrato legalizado:** Documentos que evidencian la existencia o permanencia de la relación contractual. Requiere mínimo de: contrato y anexos firmados por las dos partes, pólizas aprobadas y documentos legales vigentes de acuerdo al tipo de proveedor.

**Anexos del contrato:** documentos que hacen parte del contrato y en los cuales se describen en forma detallada los aspectos de carácter técnico y administrativo de los bienes o servicios que hacen parte de la relación contractual de acuerdo a los requisitos definidos por la organización (de cliente, legales, organizacionales y de norma).

**Acuerdo tarifario:** Anexo del contrato que permite detallar las modalidades de pago, los bienes o servicios, tarifas, indicadores, descuentos por pronto pago, sanciones y demás aspectos económicos y administrativos que hacen parte de la relación contractual y que fueron negociados para una vigencia de tiempo.

**Anexo Operativo/ protocolo de atención:** Documento anexo del contrato que permite detallar la operación, características de funcionamiento, tiempos de entrega y modelo para la entrega de un producto o prestación del servicio de acuerdo a los requisitos definidos por el asegurador.

**Evento:** Es una modalidad de pago en la cual el pago se realiza por actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrado a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con una tarifa pactada previamente.

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios. Personas jurídicas que prestan servicios de salud de acuerdo a las Condiciones de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, de capacidad técnico-administrativa establecidas en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad.

**Cotización:** Es la solicitud verbal o escrita que se realiza a los proveedores de fijar un precio a un servicio, con el fin de garantizar los mejores proveedores del mercado de acuerdo a las expectativas organizacionales.

**Interventoría:** Es el conjunto de actividades de seguimiento y control para la verificación del cumplimiento de las obligaciones pactadas en los diferentes contratos con proveedores, durante las etapas contractual y post contractual, con el fin de lograr la mayor eficiencia y eficacia de la contratación y prevenir posibles riesgos y conflictos.

**Interventor:** Es el funcionario designado por sus cualidades éticas y profesionales en EL CONSORCIO, para ejercer el seguimiento, vigilancia y control durante las etapas del contrato definidas.

|   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 3 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4      |

**Interventoría técnica:** Incluye aspectos propios del modelo de atención y la prestación del servicio contratado, para lo cual se debe basar en el seguimiento de los requisitos definidos en el contrato. Esta interventoría debe propender para que el servicio cumpla los objetivos de atención adecuada a la población y verifique el cumplimiento de los términos de la contratación y el objeto mismo del contrato, con altos estándares de calidad y eficiencia, buscando la optimización del servicio contratado

**Interventoría administrativa:** Incluye aspectos relacionados con las obligaciones emanadas del contrato y la ley. Dentro de su campo de acción se destaca el seguimiento y actualización del contrato y sus soportes documentales, tales como anexos, pólizas, habilitación de servicios, etc.

**Orden de Compra:** Solicitud escrita a un proveedor que lo autoriza para la entrega de determinados bienes o servicios a un precio convenido, especificando los términos de entrega, las condiciones de presentación de la factura y de pago.

**Pólizas o garantías:** Es el medio por el cual el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. El contrato de seguro puede tener por objeto toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa de la ley. Para el caso de un contrato de prestación de servicios el tomador es el proveedor del servicio y el beneficiario es la entidad contratante, esto debe quedar explícito y claro para el ente asegurador.

**Proveedor:** Es toda persona natural o jurídica, que tiene sus propias funciones y administración, pública o privada, que suministra un producto o servicio necesario para el buen desarrollo de la actividad económica de una organización o para el bienestar de una persona determinada.

**Proveedores de salud:** Concepto en el que se integra a los prestadores de servicios de salud, según la definición de norma, y los proveedores de bienes que buscan mejorar la condición de salud del afiliado.

**Servicio:** Conjunto de actividades que buscan responder a una o más necesidades de un cliente. Es el equivalente no material de un bien.

**Bienes:** El término bien, es utilizado para nombrar cosas que son útiles a quienes las usan o poseen. Los bienes son cosas y mercancías que se intercambian y que tienen alguna demanda por parte de personas u organizaciones que consideran que reciben un beneficio al obtenerlos.

**Medicamentos POS condicionado:** aquel medicamento que por el diagnóstico del paciente o la forma farmacéutica del medicamento puede estar o no cubierto por la UPC.

**Profesional independiente:** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar. El profesional independiente no puede contratar a otros profesionales para la prestación del servicio mientras se encuentre habilitado bajo esta figura.

**Requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades:** Son los requisitos que debe aportar el prestador de servicios de salud y la entidad responsable de pago para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.

**Condiciones mínimas incluidas en los acuerdos de voluntades:** Son condiciones que deben estar presentes en los acuerdos de voluntades, independientemente del mecanismo de contratación y pago que se establezca

|   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 4 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4      |

**Mecanismos de contratación y pago:** corresponde a los mecanismos de contratación definidos entre las partes para el pago y reconocimiento de los bienes y servicios que un proveedor presta o puede prestar a los afiliados. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

- Pago por capitación. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido de baja complejidad. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. Esta modalidad se contempla, para servicios que tengan amplia cobertura poblacional en términos de frecuencia de uso.
- Pago por evento. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
- Pago por caso: conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente:
  - Pago Anticipado: Pago que el asegurador realiza a un proveedor, que puede o no ser parte de la red, previa a la prestación de bienes o servicios en forma puntual a un paciente.
  - Pago Fijo Mensual (PFM): Es una modalidad de pago por paquete en la cual se pacta un valor mensual para atender una población específica con una patología relacionada con la especialidad, puede incluir servicios de diferentes niveles de complejidad.
  - Pago Global Prospectivo (PGP): Es una Modalidad de pago por paquete en la cual se cancela de forma anticipada a la prestación del servicio un valor preestablecido por la totalidad de los servicios pactados para una población definida, puede incluir servicios de diferentes niveles de complejidad
  - Pago por Libro Abierto: Es una modalidad de pago en la cual todo el costo de la prestación del servicio es visible para las partes, este se somete a revisión y se determina el valor del costo de operación, a dicho costo se le adiciona un valor de administración previamente acordado, se le descuenta el valor recaudado por concepto de copagos y/o cuotas moderadoras y el resultado final corresponde al valor a cancelar.

### 3 DESARROLLO

#### 1. Políticas de Contratación

- La contratación y/o compra de bienes y servicios deben responder a las necesidades definidas en la Planeación del Negocio y Planeación del Modelo de atención en Salud.
- Los requisitos mínimos que se tienen en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios son:

|   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 5 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4      |

**Por parte de los prestadores de servicios de salud:**

- a. Habilitación de los servicios por prestar.
- b. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
- c. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
- d. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

**Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:**

- ✓ Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico: Se registra en el anexo de redes integrales como parte del contrato de prestación de servicios. Ver anexo.
- ✓ Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago: Se encuentra documentado en el anexo de Redes. El documento específico se encuentra en el POL-MSA-002.
- ✓ Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago: Se registra en el Anexo de Redes Integrales adjunto a este documento.
- ✓ Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios: Comfenalco Valle realiza publicación anual en medio de difusión masiva nacional de la red de proveedores por nivel de complejidad, y realiza la publicación en la página web y en la intranet. Adicionalmente se publica anualmente la información de las cuotas moderadoras y copagos en un medio masivo de difusión nacional y se informa a la red vía correo electrónico.
- ✓ Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.: Los indicadores de calidad se encuentran en el anexo de Redes adjunto a este documento.
- ✓ Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red. Se registra en el anexo de redes integrales como parte del contrato de prestación de servicios. Ver anexo, adicionalmente, se encuentra especificado en el INS- RCS-002 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

|   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 6 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4      |

**Las condiciones mínimas que se incluyen en los acuerdos de voluntades para la prestación de los servicios son:**

- a. Término de duración.
- b. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
- c. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- d. Servicios contratados.
- e. Mecanismos y forma de pago.
- f. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
- g. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- h. Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.
- i. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
- j. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones,
- k. durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
- l. Mecanismos para la solución de conflictos.
- m. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

**Las condiciones mínimas que se incluyen en los acuerdos de voluntades por capitación:**

- a. Base de datos de los usuarios.
- b. Perfil epidemiológico de la población.
- c. Monto que debe ser pagado per cápita en un período determinado.
- d. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación.
- e. Metas: Cobertura, resolutivez y oportunidad.
- f. Condiciones de ajuste en el precio.
- g. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas

**Las condiciones mínimas que se incluyen en los acuerdos de voluntades por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico son:**

|   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 7 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4      |

- a. Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.
- b. Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación procedimientos en salud de acuerdo al Código único de Procedimientos en Salud- CUPS.
- c. Todo proveedor que se contrate debe cumplir con los requisitos legales y organizacionales.
- d. La **Gerencia de Aseguramiento** es responsable del Control Presupuestal para la compra de bienes y/o servicios.
- e. Todo proveedor que sea aprobado para contratación debe constituir las pólizas de acuerdo a su objeto, naturaleza y monto de contratación.
- f. Para la contratación de proveedores de tecnología o que impliquen procesos tecnológicos se debe garantizar el conocimiento y cumplimiento de la política de seguridad de la información.
- g. Desde el primer contacto con los proveedores a quienes se le comparta información confidencial de la organización, se debe firmar acuerdo de confidencialidad en el formato definido por la organización.

Para la adquisición de bienes y/o servicios no convenidos deben ser respaldados por tres cotizaciones como mínimo emitidas por proveedores inscritos o no, en la base de datos de proveedores de la organización. Se podrá presentar una sola cotización en los siguientes casos:

- Los proveedores de servicios de salud o suministros únicos en un municipio,
- Los proveedores que tienen representación única del suministros en el país
- Los proveedores impuestos por los jueces a través de fallo de Tutela.

Dando cumplimiento a los artículos 6 y 7 del Decreto 2463 de 1981, los colaboradores del Consorcio y de la Caja, y los exfuncionarios de las mismas no podrán, durante la vigencia de su contrato o por un año siguiente a la cesación del mismo:

- Celebrar o ejecutar por sí o por interpuesta persona contrato o acto alguno,
- Prestar servicios profesionales,

Intervenir por ningún motivo o en ningún tiempo en negocios que hubieren conocido o adelantado durante su vinculación.

Esta inhabilidad se hace extensiva al cónyuge, los parientes hasta del segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil de los colaboradores del Consorcio o de la Caja, así como quienes con tales funcionarios tengan asociación profesional, comunidad de oficina y sociedad de personas o limitada.

- Velar por el cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, frente a los temas de no aceptación de cualquier tipo de prebendas o dádivas por parte de los proveedores que pueda conllevar a la elección, renovación o favoritismo de proveedores.
- Todo colaborador de la organización debe velar en forma permanente por no beneficiar a terceros dentro de su actuación individual. Cualquier actuación contraria será objeto de los procesos administrativos y disciplinarios definidos por la organización.

|   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 8 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4      |

- La organización no celebrará contrato alguno con personas naturales o jurídicas que se encuentren incurso en cualquier proceso relacionado con actividades ilícitas o incorporadas a listas concernientes a lavado de activos.
- En ningún caso se podrán iniciar las ejecuciones de los contratos con vigencias superiores a un mes sin que el proveedor tenga legalizado el contrato.
- Cuando se celebren contratos representados en moneda extranjera, para efectos de firma del mismo, se tomará como valor del contrato correspondiente, el valor de la tasa de cambio al momento de firmar el contrato. Para pagos en moneda extranjera, se da la tasa de cambio en el momento de la causación.
- Los contratos de prestación de servicios no constituyen relación laboral entre las partes, en consecuencia, los contratistas asumen bajo su exclusiva responsabilidad, todos los riesgos que se deriven de la ejecución del objeto contractual y la cancelación de los salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones, honorarios y demás obligaciones a título personal o del personal que utilice.
- Toda solicitud de gestión Jurídica como realización de convenios, otrosi, emisión de conceptos, comunicados de retiro; debe diligenciarse en Aplicativo Comjurídico anexando los documentos de acuerdo al requerimiento de solicitud de trámite.
- La apertura del contrato está sujeta a la legalización previa de los requisitos establecidos a cargo del Proceso Jurídico Salud.
- El número del contrato corresponde al número que arroja el aplicativo Comjurídico a partir del 08 de febrero de 2021
- Todas las modificaciones a los contratos relacionadas con tarifas, retiros de proveedores inclusión o exclusión de bienes o servicios, modificación de cláusulas deben ser canalizadas con el proceso de Gestión de contratación de Red para la presentación en el Comité de Proveedores. El Comité se realiza con una periodicidad mensual, con los siguientes integrantes: Gerencia de Aseguramiento, Gerencia de Prestación, Jefe Jurídico Salud, Gerente Tecnología y Sistemas de información, Gerente Administrativo y Financiero, Profesional Habilitación y Profesional de Contratación. Se exceptúan las decisiones ya definidas por el comité de gestión salud, dirección salud y gerencia de servicios de salud, en cualquier modalidad de contrato y contratos para asesorías y/o capacitaciones (contratos que no implican prestación de servicios de salud). Lo anterior debe estar documentado a través de correo electrónico, comunicado físico y/o acta de reunión.
- La ausencia de uno de los integrantes al comité de Proveedores debe quedar como registro justificado en el acta de comité
- Las tarifas para los proveedores se incrementarán teniendo en cuenta las variaciones del IPC y las tarifas del mercado así como circunstancias propias de la EPS y del sector. Además, para los proveedores de servicios de Salud se tendrá en cuenta la UPC.
- La UPC se incrementa en un 10% adicional a las IPS básicas de los municipios de operación que tienen menos de doce mil (12.000) afiliados o donde la oferta de servicios es escasa, lo cual genera un mayor costo en la contratación.
- Cuando los costos de operación de la IPS afectan el punto de equilibrio de acuerdo al número de afiliados, así superen los doce mil (12.000), se hace un incremento adicional a la UPC.
- Los proveedores definidos para la realización de la interventoría técnica y/o administrativa deben contar con una calificación técnica y administrativa periódica generada por los interventores del contrato.

|   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 9 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4      |

- La causa de los retiros unilaterales de proveedores debe quedar registrada en el acta de Comité de proveedores.
- Cuando se termine la relación contractual con un proveedor, se realiza acta de liquidación del contrato, la cual debe ir firmada por el interventor administrativo y el Contratista
- La vigencia de los contratos es de un año con prórroga automática por periodos iguales a la del contrato inicial si las partes no manifiestan lo contrario por escrito. El Comité Directivo de la EPS podrá aprobar vigencias diferentes a un año.
- Los proveedores de salud que envíen ofertas y por considerar cubierta la demanda de servicios no sea necesario contratar, deberán ser ingresados a una base de datos para necesidades futuras, a estos se les deberá enviar carta de agradecimiento.
- Para garantizar el proceso de atención en servicios de salud a la población que cumple con los requisitos para encontrarse en trámite de portabilidad se realizara la búsqueda de proveedores con los cuales se mantendrá carta de aceptación de oferta dado el carácter transitorio de la relación contractual requerida.
- **Con el objetivo de garantizar la obtención de la información producto de las atenciones recibidas a los usuarios en la red de prestadores contratadas por la EPS, se debe incluir como anexo técnico en todos los contratos de atención a usuarios el documento ANEXO B DESCUENTO POR ENTREGABLES el cual contempla los requerimientos de información y las sanciones económicas a aplicar al prestador en caso de incumplimiento. Cada líder de proceso deberá ajustar los requerimientos de información acorde al tipo y ámbito de contrato.**

Mecanismos de Contratación:

- Comfenalco Valle EPS tiene establecidos los siguientes mecanismos de contratación y pago con su red de proveedores:

### **Pago Global Prospectivo (PGP) Ambulatorio**

#### **Generalidades**

Los Contratos bajo la modalidad de Pago Global Prospectivo realizan la administración del “**Riesgo**” en relación con la salud de la población, con acciones encaminadas a:

- Fortalecer su nivel de atención (baja, mediana o alta complejidad), a través de la formación continua de su equipo de salud, la estandarización de procesos en el manejo de las patologías y articulación entre los diferentes niveles de complejidad.
- Promover hábitos de vida saludables y factores protectores para la Salud en la población usuaria asignada.
- Diagnosticar e intervenir tempranamente en los factores de riesgo que pueden ocasionar complicaciones en la población asignada.
- Favorecer la oportunidad, accesibilidad y adherencia de los usuarios de los diferentes programas.
- Estandarizar los procesos que intervienen en la atención del usuario con fortalecimiento de estrategias sobre seguridad del paciente.
- Realizar intervenciones en Promoción de la salud y Detección temprana para reducir la morbilidad y mortalidad de la población asignada por la EPS.
- Identificar las frecuencias de uso por servicio e intervenir aquellas donde se evidencia uso de los servicios sin pertinencia médica o claridad en el alcance de los objetivos en salud de la población.
- Implementar las rutas de atención integral (RIAS) de acuerdo al grupo de riesgo objetivo(GRO)

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 10 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

## Cobertura

Se incluyen todas las coberturas del Plan de Beneficios en Salud de acuerdo a la normatividad vigente y aquellas normas que las modifiquen o surjan durante la vigencia del contrato y sus prorrogas. En caso de modificaciones de los códigos únicos de procedimientos en salud-CUPS- o se presenten aperturas de códigos, unificaciones, cambios en su categoría o descripción, se entenderá que están contenidas dentro de la cobertura del contrato.

En el acuerdo tarifario se detalla el listado de los códigos CUPS objeto del contrato de acuerdo a las Resoluciones vigentes. La EPS durante la vigencia del acuerdo y de sus prorrogas podrá generar subclasificaciones del código principal como parte del mismo grupo, sin que se excluyan como parte integral del contrato.

## Población

Son los usuarios afiliados a Comfenalco Valle EPS que se encuentren en estado Activo, Cobertura Inicial, Protección Laboral, Mora o Suspendido, en este último caso sólo si se encuentra en estado de gestación, es menor de edad o padece patología crónica que tenga tratamiento en curso.

La consulta sobre derechos del paciente siempre se debe realizar On Line en el aplicativo que defina la EPS.

## Calculo de la Población

- Periodo de frecuencia: 3 meses
- Población objeto: la población asignada a la IPS

## Calculo del Pago Global Prospectivo

Se realizara teniendo en cuenta la Suma global asignada para cubrir los costos esperados para el periodo determinado

## Proceso de atención al usuario

- El conjunto de servicios que la IPS presta a los usuarios, en forma individual o colectiva, debe brindarse de manera accesible y equitativa, a través de un profesional idóneo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios y riesgos, con el propósito de lograr los objetivos terapéuticos establecidos por el personal de salud, así como la adherencia y un alto grado de satisfacción del usuario.
- La IPS garantiza que la prestación del servicio de salud se brinda, cumpliendo las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- La IPS garantiza que la prestación del servicio va encaminada a lograr objetivos terapéuticos que generen impacto en la salud de los usuarios.
- En los casos que la EPS detecte falencias en la atención de los pacientes, la IPS debe definir un plan de mejora a la ruta de atención frente a los hallazgos encontrados.
- La IPS debe implementar y tener en funcionamiento todos los Comité Institucionales de acuerdo a la normatividad legal vigente como son el Comité de Vigilancia Epidemiológica, Comité de Estadísticas Vitales, Comité de Historias Clínicas, Comité de Ética, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Gestión ambiental y todos aquellos que puedan ser exigidos por la normatividad legal vigente y los diferentes entes de control para los prestadores y proveedores del sistema de Salud.
- La IPS implementa la consulta diferenciada para la atención de adolescentes y jóvenes, de acuerdo al modelo de atención de servicios de salud amigables para esta población.
- La IPS garantiza la atención Integral a las Víctimas del Conflicto Armado acatando las medidas en Materia de Salud para la prestación de los servicios conforme la Ley 1448 del 10 de junio de 2011

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 11 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

y las normas que lo modifiquen o sustituyan, priorizando y atendiendo las necesidades de la población, siguiendo las rutas de atención de la EPS.

- La IPS garantiza la atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual acatando las medidas en Materia de Salud para la prestación de los servicios conforme la Resolución 000459 del 06 de marzo de 2012 y las normas que lo modifiquen o sustituyan, priorizando y atendiendo las necesidades de la población, siguiendo las rutas de atención de la EPS.
- La IPS garantiza la atención Integral a la Población en Condición de Discapacidad, de manera que no se excluya o limite el acceso a los servicios de Salud, en concordancia con lo estipulado por la Ley 1618 del 27 de febrero de 2013 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.
- La IPS garantiza que sus instalaciones son incluyentes para el acceso sin barreras a la población en condición de discapacidad.

### Autorizaciones

- La IPS realiza las autorizaciones de los servicios objeto del contrato en un tiempo inferior a las 48 horas luego de radicado la solicitud de autorización por parte del usuario; si el medico solicitante identifica el servicio como prioritario el tiempo de autorización debe ser inferior a 24 horas.
- La IPS da prioridad a los usuarios con sospecha de diagnóstico oncológico en la toma de las ayudas diagnósticas, apoyo terapéutico o asignación de citas que conlleven a la confirmación del diagnóstico de manera oportuna. La oportunidad para este proceso es menor a 30 días calendario (contados a partir de la fecha de inicio de sospecha diagnostica hasta la fecha de confirmación del diagnóstico y entrega a la EPS para iniciar ruta de atención del cáncer).
- En el caso que la IPS requiera realizar una interconsulta o remisión a una especialidad médica de acuerdo a la patología presentada, debe garantizar:
  - Remisión elaborada por el médico tratante donde se especifique si lo requerido es una interconsulta o remisión para manejo integral por la especialidad de acuerdo a la patología presentada.
  - Copia de resultados de ayudas diagnósticas y de las intervenciones terapéuticas que se hayan realizado, cuando aplique.
  - Autorización respectiva.
- La IPS debe asumir los servicios que se encuentren dentro del objeto del contrato y hayan sido ordenados a través de un Fallo de Tutela independientemente del origen de la tutela y de la IPS que deba prestar los servicios.
- En caso de que un usuario se acerque a la EPS a solicitar servicios contenidos dentro del contrato vigente, indicando que la IPS negó el servicio, la EPS reportará los casos a los correos definidos por la IPS, quien dará respuesta en 24 horas al usuario, en caso que la EPS verifique que no le fue emitida la respuesta al usuario en el tiempo acordado, procede a generar el ordenamiento al usuario con el respectivo recobro.

### Gestión de la información

- La IPS se obliga a cumplir con la presentación de los siguientes reportes en los periodos establecidos, so pena de sufrir sanción económica de un (1) día de Salario Mínimo Legal vigente por cada día de retraso, los cuales se descontarán de la liquidación de la factura del mes siguiente a la presentación del informe.

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 12 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

- El PRESTADOR se compromete a entregar mensualmente antes del día quinto calendario, la base de datos con los servicios prestados según el formato definido por la EPS, el cual se encuentra anexo al acuerdo tarifario, si el día quinto calendario corresponde a un día no laboral, la información debe ser remitida el día hábil siguiente de cumplido el plazo.
- El PRESTADOR se compromete a entregar mensualmente antes del día quinto calendario, la base de datos con las autorizaciones generadas a otras IPS según el formato definido por la EPS. Si el día quinto calendario corresponde a un día no laboral, la información debe ser remitida el día hábil siguiente de cumplido el plazo.
- La IPS se obliga a la presentación de los RIPS por los medios establecidos por la EPS y debe entregar comprobante de cargue para poder radicar la factura.
- La IPS se compromete con el reporte mensual de todas las actividades de protección específica y detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública según lo establecido a través de la Resolución 4505 de 2012, y toda las demás que se expidan a futuro y que modifiquen o adicionen la normatividad legal vigente. Este reporte debe cumplir con oportunidad, calidad y veracidad de la información reportada; adicionalmente, la IPS se compromete a entregar los soportes clínicos de las actividades reportadas para los procesos de auditoria.

#### **Prestación del servicio**

- La IPS se compromete atender a la población infantil menor de 6 años de edad bajo los lineamientos y componentes vigentes de la estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).
- La IPS se compromete con el efectivo cumplimiento de las Normas Técnicas para la Protección Específica y Detección Temprana; garantizando la atención integral de la población objeto de la intervención.
- La IPS se compromete con el cumplimiento de la programación de las actividades de protección específica y detección temprana de acuerdo a las condiciones establecidas por el EPS.
- La IPS se compromete a disponer de personal vacunador certificado en norma de competencia laboral en el servicio de vacunación.
- La IPS se compromete a realizar seguimiento nominal a los esquemas de vacunación de la población menor de 6 años, garantizando el registro completo en el sistema de información nominal PAI WEB. y su actualización permanente cumpliendo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud a través de la Circular 044 del 2013 y demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan.
- La IPS se compromete a adelantar estrategias de vacunación extramural en los casos que sean necesarios para el logro de coberturas útiles en su población asignada.
- La IPS se compromete a disponer de los recursos necesarios para desarrollar actividades educativas grupales según curso de vida, garantizando la programación y ejecución mensual de dichas actividades con un mínimo de un taller por curso de vida mensual.
- La IPS se compromete con el efectivo cumplimiento de las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública de acuerdo a la normatividad legal vigente.
- ✓ El personal asistencial del IPS debe asistir a las capacitaciones que sean programadas por el EPS con temas relacionados al proceso de atención de la población usuaria de COMFENALCO

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 13 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

EPS, las cuales tienen un proceso de evaluación y retroalimentación con el fin de garantizar la calidad de atención de la población afiliada.

- La IPS se compromete a participar en las reuniones convocadas por la EPS con motivo de realizar seguimiento y/o asistencia técnica sobre los servicios y programas que se prestan a la población afiliada.
- La IPS se compromete a realizar seguimiento continuo a los usuarios en los diferentes programas.
- La IPS asume en su PGP los ordenamientos que requiera el usuario con diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer que no se encuentren relacionados con el proceso de atención y el alcance de los objetivos terapéuticos de su patología oncológica.
- La IPS se compromete a desarrollar las actividades, procedimientos e intervenciones de DEMANDA INDUCIDA necesarias para la Captación Efectiva de la población afiliada para los diferentes programas de Protección Específica y Detección Temprana para lo cual se entrega una base de datos mensual en los 5 primeros días hábiles de cada mes vía correo electrónico [SALUDPUBLICAEPS012@aseguramientosalud.com](mailto:SALUDPUBLICAEPS012@aseguramientosalud.com).
- La IPS se compromete a que su personal de salud y red prestadora debe diligenciar en forma completa la historia clínica, incluyendo el diligenciamiento del motivo de consulta, anamnesis, antecedentes, examen físico completo incluyendo signos vitales, impresión diagnóstica, diagnóstico, tratamiento, recomendaciones y signos de alarma, conforme a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999, Ley 23 de 1981 y todas las demás que modifiquen o adicionen.
- El Acuerdo de servicios contiene los códigos de los servicios correspondientes a los Programas Especiales que administra la EPS con seguimiento a través de Cohortes en:
  - Riesgo Cardiovascular - Hipertensión - Diabetes - Enfermedad Renal - Obesidad – Dislipidemia.
  - Riesgo Materno perinatal.
  - VIH - Hemofilia - Artritis Reumatoide – Enfermedades Huérfanas - Hepatitis C.
  - Actividades con sospecha de patología Oncológica.
  - Salud Mental.
  - Riesgo Respiratorio.
  - Salud Pública.

### **Recobros**

- Los pacientes incluidos dentro del PGP que sean atendidos en otras regiones en donde la IPS no tenga cobertura son recobrados al valor definido en el contrato evento entre la IPS y la EPS.
- Si la IPS solicita a la EPS la generación de autorización de servicios contenidos en el acuerdo tarifario (por incapacidad técnica de la IPS para ejecutarlo) para un prestador de servicios de la RED de la EPS, este realiza el respectivo recobro a la IPS al valor facturado por la IPS que preste el servicio.
- La IPS autoriza el recobro de las consultas no pertinentes remitidas a los PGP transversales o las consultas atendidas por la EPS. Siempre y cuando la consulta médica del PGP transversal no genere ningún ordenamiento médico.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 14 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

### Cuotas moderadoras

El cobro de cuotas moderadoras y copagos para la población con enfermedades de Alto Costo y Catastróficas determinadas en el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social, se aplican así:

“Artículo 7º. SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE COPAGOS. Deben aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente”

Se debe tomar en cuenta la normatividad legal vigente relacionada donde se encuentra la Resolución 3974 de 2009 que define las consideradas enfermedades de alto costo así:

Artículo 1 º. ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Para los efectos del artículo 1o del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes:

- a) Cáncer de cérvix
- b) Cáncer de mama
- c) Cáncer de estómago
- d) Cáncer de colon y recto
- e) Cáncer de próstata
- f) Leucemia linfoide aguda
- g) Leucemia mieloide aguda
- h) Linfoma hodgkin
- i) Linfoma no hodgkin
- j) Epilepsia
- k) Artritis reumatoidea
- l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).”

Es decir que los pacientes que padecen estas patologías no deben ser sometidos al cobro de copagos para ningún servicio relacionado con su patología.

Así mismo la resolución 6408 de 2016 indica en su título VI cuáles son los servicios no objeto de cobro de copago por ser considerados de alto costo de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo:

**a. Alto Costo Régimen Contributivo:**

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
5. Reemplazos articulares.
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 15 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

7. Manejo del trauma mayor.
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA.
9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas

**b. Alto Costo Régimen Subsidiado:**

- Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
- Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
- Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
- Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
- Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
- Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
  1. Pacientes infectados por VIH/SIDA.
  2. Pacientes con cáncer.
  3. Reemplazos articulares.
  4. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.
  5. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
  6. Manejo del trauma mayor.”

Así mismo se debe atender lo definido en la Circular 016 de 2014 y la Circular Externa 04 de 2014.

**Sanciones**

Toda mortalidad Materna identificada como prevenible y cuyos retrasos sean imputables a la IPS tiene una sanción económica de 50 SMLV para la IPS, por cada usuaria, de acuerdo al COVE Interinstitucional, los cuales se descuentan al mes siguiente de haberse detectado el retraso.

**Medicamentos e insumos**

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 16 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

Aquellos medicamentos e insumos no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud y que tengan lugar a cobro se reconocen a tarifas propias de la institución basados en el listado mencionado.

### Incentivos en función de resultados

Teniendo en cuenta la administración del riesgo implícita en este mecanismo de contratación, se tiene establecidos incentivos complementarios donde se consideran pagos adicionales o retenciones de los pagos acordados que se entregan al prestador, en función del cumplimiento de indicadores. Dichos incentivos se establecen como un anexo al contrato.

### Incentivos IPS Básicas

Se evalúan 7 componentes que de acuerdo a su cumplimiento generan bonificación o sanción equivalente al 13% del valor a pagar por el contrato, calculado con el valor del Pago Global Prospectivo del mes correspondiente a la evaluación. Sus componentes son:

| No | INDICADORES                             | VALOR |
|----|---|-------|
| 1  | DISPONIBILIDAD PARA ASIGNACION DE CITAS | 2,0%  |
| 2  | PROMOCION Y PREVENCIÓN                  | 2,0%  |
| 3  | SALUD ORAL                              | 0,5%  |
| 4  | HOSPITALIZACION EVITABLE                | 3,0%  |
| 5  | INCAPACIDADES                           | 3,0%  |
| 6  | CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION        | 1,0%  |
| 7  | URGENCIAS TRIAGE IV Y V                 | 1,5%  |
|    | <b>TOTAL</b>                            | 13,0% |

### Pago Global Prospectivo (PGP) Hospitalario

#### Generalidades

Los Contratos de Pago global Prospectivo deben realizar la administración del “**Riesgo**” en relación con la salud de la población, con acciones encaminadas a:

- Fortalecer el nivel de atención (baja, mediana o alta complejidad según corresponda a su código de habilitación), a través de la formación continua de su equipo de salud, la estandarización de procesos en el manejo de las patologías y articulación entre los diferentes niveles de complejidad.
- Promover hábitos de vida saludable y factores protectores para la Salud en la población usuaria asignada.
- Diagnosticar e intervenir tempranamente los factores de riesgo que pueden ocasionar complicaciones en la población asignada.
- Favorecer la oportunidad, accesibilidad y adherencia de los usuarios a los diferentes programas.
- Estandarizar los procesos que intervienen en la atención del usuario con fortalecimiento de estrategias sobre seguridad del paciente.
- Reducir la morbilidad y mortalidad de la población asignada por la EPS.
- Identificar las frecuencias de uso por servicio e intervenir aquellas donde se evidencia uso excesivo de los servicios sin pertinencia médica.

La Cobertura, población, cálculo de la población, cálculo del pago global prospectivo, proceso de atención al usuario, cuotas moderadoras es igual al Pago Global Prospectivo Ambulatorio.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 17 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

## Autorizaciones

- La IPS debe realizar las autorizaciones de los servicios objeto del contrato en un tiempo inferior a las 48 horas luego de radicada la solicitud de autorización por parte del usuario; si el medico solicitante identifica el servicio como **prioritario** el tiempo de autorización debe ser inferior a 24 horas.
- La IPS se compromete a dar prioridad a los usuarios con sospecha de diagnóstico oncológico en la toma de las ayudas diagnósticas, apoyo terapéutico o asignación de citas que conlleven a la confirmación del diagnóstico de manera oportuna. La oportunidad para este proceso debe ser menor a 30 días calendario (Contados a partir de la fecha de inicio de sospecha diagnostica hasta la fecha de confirmación del diagnóstico y entrega a la EPS para iniciar ruta de atención del cáncer).
- En el caso que la IPS requiera realizar la remisión de un usuario a los servicios de los PGP considerados transversales de Urología, Fisiatría, Neurología, Neumología, Reumatología, Cardiología, Salud Visual, Salud Mental u otros que pudieran crearse en el futuro, debe garantizar:
  - Remisión elaborada por el médico tratante donde se especifique si lo requerido es una interconsulta o remisión para manejo integral por la especialidad de acuerdo a la patología presentada.
  - Copia de resultados de ayudas diagnósticas y de las intervenciones terapéuticas que se hayan realizado, cuando aplique.
  - Autorización respectiva.
- La IPS garantiza que los usuarios que requieran conceptos de otras especialidades que no sea posible ejecutar en la IPS contarán con remisión elaborada por el médico tratante con copia de los resultados diagnósticos cuando apliquen; donde se especifique si lo requerido es una interconsulta o remisión para manejo integral por la especialidad de acuerdo a la patología presentada, además del objetivo del envío del paciente.
- La IPS debe asumir los servicios que se encuentren dentro del objeto de este contrato y hayan sido ordenados a través de un Fallo de Tutela independientemente del origen de la tutela y de la IPS que deba prestar los servicios.
- En caso de que un usuario se acerque a la EPS a solicitar servicios contenidos dentro del contrato vigente, indicando que la IPS negó el servicios, la EPS reportará los casos a los correos definidos por la IPS, quien dará respuesta en 24 horas al usuario, en caso que la EPS verifique que no le fue emitida la respuesta al usuario en el tiempo acordado, proceder a genera el ordenamiento al usuario con el respectivo recobro.

## Gestión de la información

- La IPS se obliga a cumplir con la presentación de los siguientes reportes en los periodos establecidos, so pena de sufrir sanción económica de un (1) día de Salario Mínimo Legal vigente por cada día de retraso los cuales se descontaran de la liquidación de la factura del mes siguiente a la presentación del informe.
- El PRESTADOR se compromete a entregar mensualmente antes del día quinto calendario, la base de datos con los servicios prestados según el formato definido por la EPS, el cual se encontrara anexo en el presente acuerdo, si el día quinto calendario corresponde a un día no laboral, la información debe ser remitida el día hábil siguiente de cumplido el plazo.
- El PRESTADOR se compromete a entregar mensualmente antes del día quinto calendario, la base de datos con las solicitudes de cirugías radicadas en la IPS según el formato definido por el EPS. Si el día quinto calendario corresponde a un día no laboral, la información debe ser remitida el día hábil siguiente de cumplido el plazo.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 18 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

- El PRESTADOR se compromete a entregar mensualmente antes del día quinto calendario, la base de datos con las autorizaciones generadas a otras IPS según el formato definido por el EPS. Si el día quinto calendario corresponde a un día no laboral, la información debe ser remitida el día hábil siguiente de cumplido el plazo.
- La IPS se obliga a la presentación de los RIPS por los medios establecidos por el EPS y debe entregar comprobante de cargue para poder radicar la factura.
- La IPS se compromete con el reporte mensual de todas las actividades de protección específica y detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública según lo establecido a través de la Resolución 4505 de 2012, y toda las demás que se expidan a futuro y que modifiquen o adicione la normatividad legal vigente. Este reporte debe cumplir con oportunidad, calidad y veracidad de la información reportada; adicionalmente, el IPS se compromete a entregar los soportes clínicos de las actividades reportadas para los procesos de auditoría.
- La IPS se compromete a reportar las Cuentas de Alto Costo de Hemofilia, Cáncer, Enfermedad Renal Crónica, VIH, Hepatitis C y Artritis, junto con los soportes de la historia clínica, en la periodicidad establecida por la normatividad legal vigente. Este reporte debe cumplir con oportunidad, calidad y veracidad de la información reportada.

#### Prestación del servicio – Urgencias

- La atención en **URGENCIAS**, no solo corresponde a la consulta sino a **TODO** aquel procedimiento, intervención o acción que se requiera para estabilizar al paciente. Una vez el paciente sea estabilizado en sus signos vitales, se realice impresión diagnóstica y se defina conducta a seguir, si la IPS que atiende a este usuario no tiene dentro de su cobertura del PGP el tratamiento a seguir de la patología, debe iniciar el proceso de remisión pertinente a través de la Central de Acompañamiento al Prestador CAP.
- La IPS se compromete a dar cumplimiento a los criterios de selección y clasificación de pacientes en el “Triage” para los servicios de urgencias de acuerdo a la Resolución 5596 del 2015 y las demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan conforme a la normatividad legal vigente.
- La IPS tiene autonomía para atender o remitir las urgencias clasificadas como Triage IV a V en los horarios No hábiles de IPS Primarias, siempre y cuando el usuario pueda acceder al servicio médico en la IPS ambulatoria que tiene asignada en las 12 horas siguientes de realizado el Triage. De lo contrario el usuario debe ser atendido con cargo al PGP del IPS.
- La IPS se compromete a la recepción de pacientes enviados desde el PGP básico al servicio de urgencias sin que medie autorización para el traslado y sin que se presenten negativas de atención por disponibilidad de cupo, teniendo en cuenta lo anterior el PGP básico se compromete a comentar el estado clínico del paciente previo a su envío para que el PGP hospitalario se prepare para la recepción del paciente.

#### Prestación del servicio – Cirugía

- La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista (Incluye la atención valoración pre-anestésica y los exámenes pre-quirúrgicos básicos), excepto las cirugías con ocasión y para tratamiento de patología Oncológica debidamente confirmada por histopatología.
- La IPS garantiza la ejecución efectiva de las intervenciones quirúrgicas ordenadas a la población usuaria de la EPS dentro de los 60 días calendario siguientes a la radicación, así mismo tiene en cuenta los casos que por solicitud del médico tratante requiera priorización donde su ejecución efectiva no podrá superar los 30 días calendario. La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista (Incluye la atención, valoración pre-anestésica y los exámenes pre-quirúrgicos básicos), independientemente de la patología del

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 19 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

diagnóstico del paciente según códigos cups contratados excepto las intervenciones quirúrgicas para y con ocasión del manejo de patología Oncológica debidamente confirmada por histopatología.

- En el PGP están incluidos los servicios por complicaciones derivadas de los procedimientos objetos del contrato realizados por la IPS o por aquellos prestadores que haya autorizado de manera directa.

### **Prestación del servicio – Hospitalización**

Para las hospitalizaciones medicas no quirúrgicas, hospitalizaciones quirúrgicas, unidades de cuidado intensivo, unidades de cuidado intermedio la cobertura incluye los procedimientos e insumos inherentes a los servicios de Hospitalización y manejo por especialistas según normas de calidad, así como los procedimientos simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando se encuentren incluidos en el Plan de Beneficios en salud independientemente de que estén o no descritos en el acuerdo tarifario.

### **Recobros**

- La IPS autoriza el recobro automático de las atenciones de urgencias clasificadas como Triage I, II o III, realizadas en otras IPS. Siempre se tiene en cuenta el Triage dado inicialmente por la IPS que presto el servicio efectivamente, no aplicara interpretaciones de Triage posteriormente realizadas sobre la historia clínica del paciente ya atendido.
- La IPS podrá recobrar los servicios brindados en horario hábil de atención de las IPS ambulatoria (Hasta dos horas antes del cierre), en los triage clasificados como IV y V, siempre y cuando la IPS no cuente con citas prioritarias, para la atención del usuario y este no sea identificado como población vulnerable.
- Los pacientes incluidos dentro del PGP que sean atendidos en otras regiones en donde la IPS no tenga cobertura son recobrados al valor definido en el contrato evento entre la IPS y la EPS.
- Los recobros por atención de urgencias (cuando corresponda a Triage I –II Y III, o servicios por solicitud Judicial (Tutelas), por solicitud de entes de control (Ministerio de salud, Superintendencia Nacional de Salud, Secretarías de Salud, Personerías entre otros), por solicitud del usuario de segunda opción que este en la RED de la EPS y no de la IPS. Son realizados al valor acordado en el contrato de evento vigente entre la IPS y la EPS.
- Si la IPS solicita a la EPS la generación de autorización de servicios contenidos en el acuerdo tarifario (por incapacidad técnica de la IPS para ejecutarlo) para un prestador de servicios de la RED de la EPS, este realiza el respectivo recobro a la IPS al valor facturado por la IPS que preste el servicio.

### **Sanciones**

Toda mortalidad Materna identificada como prevenible y cuyos retrasos sean imputables al IPS tiene una sanción económica de 50 SMLV para el IPS, por cada usuaria, de acuerdo a COVE Interinstitucional, los cuales se descontarán al mes siguiente de haberse detectado el retraso.

### **Medicamentos e insumos**

- ✓ Los medicamentos e insumos hospitalarios son cancelados al valor de la compra, así mismo debe efectuar un reporte mensual de las novedades e inclusiones y los casos excepcionales son revisados entre las partes.
- ✓ Aquellos medicamentos e insumos no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud y que tengan lugar a cobro se reconocen a tarifas propias de la institución basados en el listado mencionado.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 20 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

## Pago Global Prospectivo (PGP) Programa de Atención Domiciliaria

### Generalidades

- Todo usuario que ingrese al programa de atención domiciliaria en la modalidad de pacientes crónicos y agudos, inicialmente es geo-referenciado acorde a la zona de influencia de la IPS de atención.
- El prestador domiciliario se compromete a involucrar en el proceso de atención domiciliaria al paciente y la familia buscando su participación activa en el cuidado, brindándoles entrenamiento para cuidar al su familiar, así como herramientas para identificar y notificar oportunamente los factores de riesgo o complicaciones al equipo de salud tratante

### Cobertura

Se incluyen todas las atenciones contempladas en el modelo de atención domiciliaria de las personas que lo requieran afiliadas a la EPS y que cumplan con los requisitos para la atención domiciliaria.

### Población

- Usuarios afiliados a Comfenalco Valle EPS que se encuentren en estado Activo, Cobertura Inicial, Protección Laboral, Mora o Suspendido, en ese último caso solo si se encuentra en estado de gestación, es menor de edad o padece patología crónica que tenga tratamiento en curso.
- La atención brindada es dirigida a los afiliados de la EPS Comfenalco Valle, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, en el departamento del valle del Cauca, quienes tengan un diagnóstico confirmado.
- En los casos que la EPS detecte falencias en la atención de los pacientes, el prestador domiciliario debe definir un plan de mejora a la ruta de atención frente a los hallazgos encontrados que generen insatisfacción del usuario.
- El prestador domiciliario se compromete a implementar y tener en funcionamiento todos los Comité Institucionales de acuerdo a la normatividad legal vigente como son el Comité de Historias Clínicas, Comité de Seguridad del Paciente y todos aquellos que puedan ser exigidos por los diferentes entes de control para los prestadores del sistema de Salud.
- El prestador domiciliario se compromete con el efectivo cumplimiento de las Normas Técnicas para la Protección Específica y Detección Temprana.
- El prestador domiciliario se compromete a disponer de personal certificado en norma de competencia laboral.
- El prestador domiciliario se compromete atender de manera Integral a todas las personas que cumplan con los requerimientos para el ingreso al programa Pado.
- El prestador domiciliario se compromete a que sus instalaciones son incluyentes para el acceso sin barreras a la población perteneciente al programa Pado.
- Se incluye la dispensación supervisada de tratamiento de pacientes con Hepatitis Viral C y casos definidos de pacientes con TBC. Esta atención se coordinará a través de la EPS con el operador logístico de medicamentos.

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 21 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

- Las solicitudes y reportes de Historias Clínicas deben ser entregadas dentro de las 48 horas hábiles de realizada la visita médica domiciliaria.
- El envío de Historias Clínicas por vía electrónica debe quedar notificado y firmado en una planilla en la cual quede constancia de que el familiar del usuario accedió al envío del mismo por vía electrónica.
- Las prescripciones de tecnologías y servicios no incluidos en el Plan de beneficios se realiza en la plataforma MIPRES para los afiliados al régimen contributivo. Para los afiliados al Régimen subsidiado, diligenciar el formato de CTC o la plataforma MIPRES una vez entre en vigencia.

### Gestión de la Información

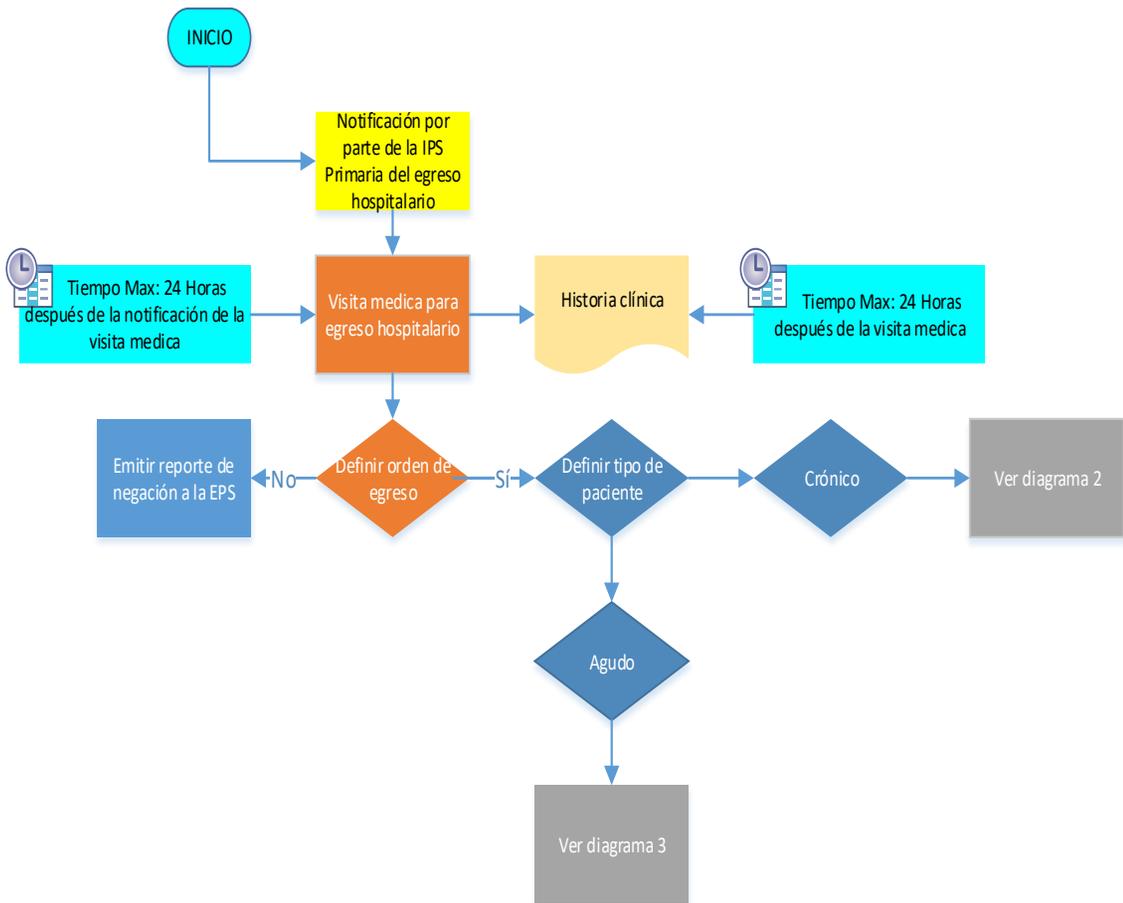
| Actividades a ejecutar  | Tareas   | Entregables  |
|---|--|--|
| Base de datos actualizada especificando los servicios de cada usuario                                       | Realizar base de datos que contenga información completa de los usuario y todos servicios que se le prestan, se debe reportar semanalmente día viernes actualizada | Base de datos se entrega por medio de correo electrónico                                       |
| Reporta usuarios fallecidos   | Realizar base de novedades semanalmente de los usuario fallecidos todos los viernes por medio de un correo electrónico   | Base de datos se entrega por medio de correo electrónico                                       |
| Enviar soportes máximo 2 días de la visita médica al área de autorizaciones para realizar su debido tramite | Reportar a las 48 horas los soportes de visita médica al área de autorizaciones  | Por medio de correo electrónico al área de autorizaciones con copia a la coordinación Pado EPS |
| La EPS desde el área de autorizaciones envía alerta de usuarios con formulación de pendientes               | Realizar formulación inmediatamente, cuando el área de autorizaciones envía consolidado de usuarios sin formulación  | Por medio de correo electrónico al área de autorizaciones con copia a la coordinación Pado     |
| Enviar paquetes completos al área de autorizaciones como son historia clínica, Mipres, formula médica.      | Reportar completo el paquete de soportes para el área de autorizaciones y evitar reprocesos  | Por medio de correo electrónico al área de autorizaciones con copia a la coordinación Pado EPS |
| Reporte de novedades de todos los usuarios  | Realizar base de datos reportando novedades de los usuarios diariamente.   | Por medio de correo electrónico a la coordinación Pado EPS                                     |

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 22 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

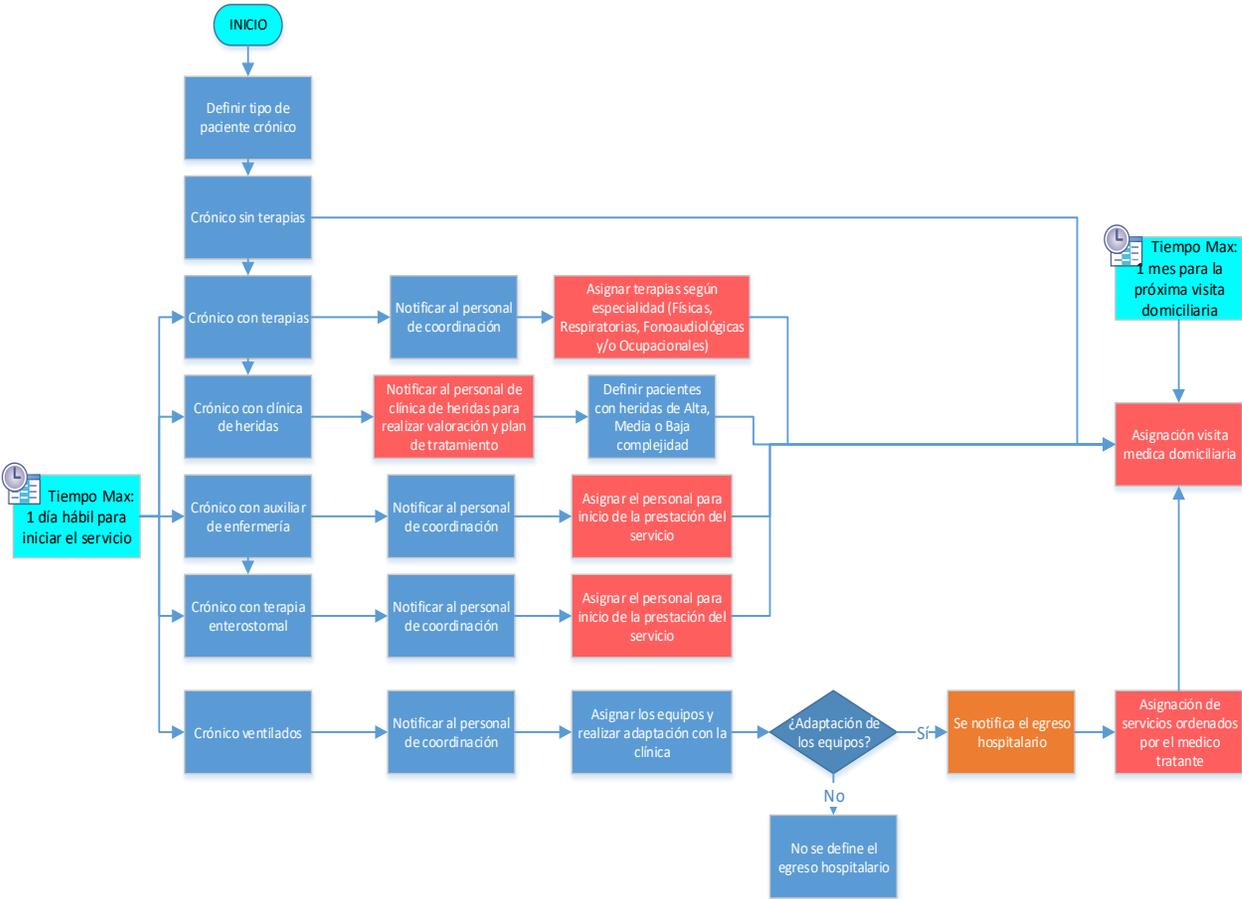
|   |   |  |
|---|---|--|
| Reporte en la evolución medicas frente a la necesidad de equipos médicos, no se reporta retiro de equipos.  | Valorar la necesidad de equipos en la visitas médicas y definir conducta si es retiro de equipos reportarlo de inmediato a la coordinación de Pado EPS para gestionar retiro    | por medio de correo electrónico y soporte de historia clínica a la coordinación de Pado  |
| La IPS cumple el 100 % de las visitas médicas mensuales   | Cumplir con las fechas establecidas para la visitas médicas y evitar traumatismos con la prestación del servicio  | Por medio de correo electrónico a la coordinación Pado EPS, con la base de datos ya que debe incluir celda con fechas de visitas y celda confirmando la visita |
| La IPS realiza la valoración médica para ingresos y requerimientos legales en un periodo de 48 horas, es modificable si se debe dar respuesta al juzgado en un tiempo inferior. | cumple con fechas establecidas para dichas valoraciones   | Por medio de correo electrónico a la coordinación Pado EPS   |
| Respuesta a los correos y novedades solicitadas tiempo 24 horas   | Brindar respuesta en 24 horas a las solicitudes realizadas y novedades reportadas   | Por medio de correo electrónico a la coordinación Pado EPS   |
| IPS asegura la atención al usuario en los horarios establecidos donde aseguren la gestión de cada caso  | Brindar atención al usuario direccionándolo con cada profesional y sea capaz de reconocer la coordinadora encargada de cada programa donde los atiendan y escuchen su solicitud | Presencial-Disminución con la radicación de las OYS  |
| Brindar número telefónico de disponibilidad de orientación al usuario   | Suministrar números telefónicos de contacto a los usuarios.   | Por medio telefónico , presencial y retroalimentación con las auxiliares de enfermería en cada domicilio   |
| Brindar respuesta oportuna frente a la formulación y visitas de valoración por nutrición  | Responder con un periodo de 72 horas la solicitud de valoraciones por nutrición o direccionar dicha valoración  | Por medio de correo electrónico a la coordinación Pado EPS y área de autorizaciones.   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Se direcciona a la IPS las OYS, donde deben enviar respuesta a las 24 horas de notificación            | Brindar respuesta en un periodo de 24 horas , gestionar OYS y evitar demoras en el proceso   | Por medio de correo electrónico a la coordinación Pado EPS   |
| Evitar Reingresos al área de urgencias por demora en la atención , se aplicaran indicadores de gestión | Mejorar la prestación de los servicios, cumpliendo con sus requerimientos, formulación, y visitas médicas, evitaremos reingresos al área de urgencias. | por medio de correo electrónico y soporte de historia clínica a la coordinación de Pado, enviar indicadores a la coordinación Pado EPS |
| Responden correos solicitados del área jurídica (sanciones), 24 horas después de la solicitud.         | Responder solicitudes del área jurídica en un periodo de 24 horas, para evitar sanciones, desacatos, (certificaciones etc.)                            | Por medio de correo electrónico a la coordinación Pado EPS   |

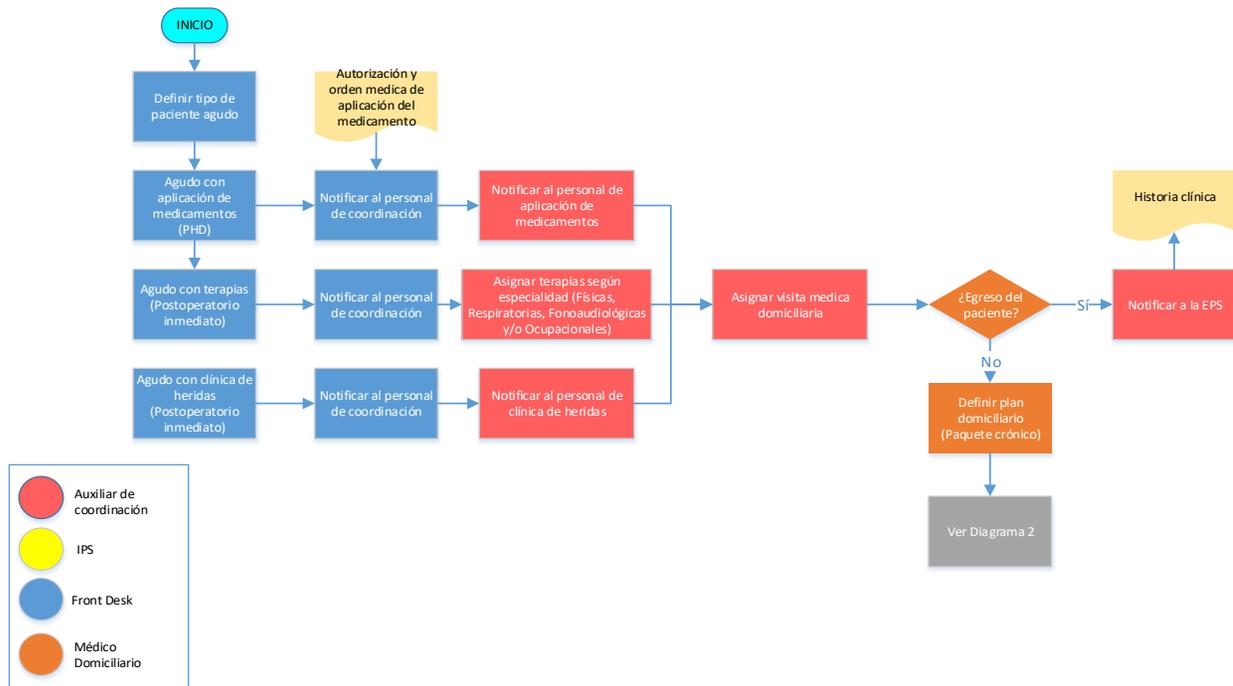
**Proceso de atención**



**Paciente crónico: Diagrama 2**



**Paciente agudo Diagrama 3**



### Criterios de Inclusión

- Paciente con patología crónica y/o aguda con tratamiento definido y estabilidad clínica, que por sus condiciones clínicas no se puede desplazar a un centro médico para ser atendido.
- Cuidador primario con presencia en el domicilio del paciente de manera permanente en edad entre 18 y 60 años, con capacidad para tomar decisiones críticas y conocimientos básicos en el manejo de su familiar.
- Historia clínica y orden medica vigente que solicite servicio domiciliario
- El domicilio debe contar con los servicios públicos básicos (luz, agua, teléfono), vía de acceso disponible para ingreso de ambulancia, baño y demás condiciones para el correcto cuidado y conservación de medicamentos.
- Georreferenciación por acceso de seguridad al personal de la IPS.

### Criterios de Exclusión:

- Mejoría en el estado de salud del paciente.
- Cambio del domicilio del usuario por fuera del área de operaciones del programa.
- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión al ser valorados por el equipo interdisciplinario.
- Desinterés manifiesto o rechazo hacia el programa y/o sus actividades por parte del usuario o su cuidador
- Cuando se llegue al domicilio 2 visitas y no se encuentre el paciente y/o cuidador primario.
- Si el grupo familiar devenga más de 8 SMLV lo cual aplica para asignación del servicio de Cuidador domiciliario de acuerdo al artículo 5 literal b de la Resolución 5928 de 2016.

### Actividades del prestador domiciliario en Egresos Hospitalarios:

- Recepciona solicitud de valoración de usuario por correo electrónico remitido por IPS Hospitalaria.
- Asigna visita de valoración médica domiciliaria a IPS Hospitalaria.
- Valora al usuario, verifica requerimientos de paquetes, insumos y plan de manejo con egreso hospitalario.

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 26 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

- Implementa en la visita de valoración intrahospitalaria el modelo de Historia Clínica establecido por el prestador en conjunto con el médico tratante hospitalario.
- Coordina con la IPS hospitalaria horario de la visita.

#### Excepciones:

- Los pacientes en hemodiálisis no son aptos para egreso hospitalario.
- No se maneja suministro de Vancomicina en los domicilios.
- Pacientes menores de cinco años no se incluyen en la atención domiciliaria

#### Información al usuario

- La atención del usuario tiene como fin instruir adecuadamente a su familiar acerca del plan de manejo de su patología.
- La atención al usuario y entrega de insumos se realiza en horario diurno de 8:30am a 11:00am.
- Atención al usuario vía telefónica 24/7 días a la semana
- Entrenamiento al cuidador primario en nutrición enteral por un periodo máximo de 4 días.
- Entrenamiento al cuidado primario en aspiración de secreciones, mínimo 3 diarias durante 4 días.

#### Indicadores de los resultados de atención

| No | NOMBRE DE INDICADOR   | FORMULA  | META                                | PERIODICIDAD |
|----|---|--|-------------------------------------|--------------|
| 1  | % cumplimiento de oportunidad ingreso a atención domiciliaria de paciente agudo | Traslado a domicilio en menos de 6 horas/Total de pacientes reportados en el mes*100         | 100%                                | Mensual      |
| 2  | % de consulta a IPS primaria  | Número de pacientes crónicos que consultan a IPS primaria/Total pacientes crónicos*100       | Menor al 3%                         | Mensual      |
| 3  | % pacientes crónicos con episodio agudo   | Número de pacientes crónicos con episodio agudo/Total pacientes crónicos*100                 | Menor al 2%                         | Mensual      |
| 4  | % pacientes crónicos hospitalizados   | Número de pacientes crónicos hospitalizados/Total pacientes crónicos*100                     | Menor al 5%                         | Mensual      |
| 5  | % ingresos a urgencias  | Número de pacientes que ingresan por urgencias/Total pacientes crónicos*100                  | Menor al 1%                         | Mensual      |
| 6  | % de eventos adversos   | Número de eventos adversos/Total pacientes crónicos*100                                      | Línea de base en dos primeros meses | Mensual      |
| 7  | % egresos de programa   | Número de pacientes crónicos que egresan del programa/Total pacientes crónicos asignados*100 | Línea de base en dos primeros meses | Mensual      |

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 27 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

|           |                                |  |   |            |
|-----------|--------------------------------|--|---|------------|
| <b>8</b>  | Tiempo permanencia en programa | Numero de meses de permanencia en programa paciente crónico/Total pacientes crónicos*100 | Según tipo paciente: neurológico, traqueostomía, crónico con terapias, clínica de heridas | Bimestral  |
| <b>9</b>  | % de quejas                    | Número de quejas/Total usuarios asignados*100  | Menor 1%  | Mensual    |
| <b>10</b> | % Tutelas                      | Número de tutelas/Total usuarios asignados*100   | 0%  | Mensual    |
| <b>11</b> | % Desacatos                    | Número de desacatos/Total tutelas*100  | 0%  | Mensual    |
| <b>12</b> | % cumplimiento plan de manejo  | Número de actividades realizadas/número de actividades programadas*100                   | Mayor al 90%  | Trimestral |

### **Pago Fijo Mensual (PFM)**

Se define un valor fijo mensual, correspondiente al valor de los servicios brindados bajo esta modalidad donde cada grupo de servicios tiene un valor en frecuencias de uso y costos unitarios esperados, resultante de la atención con calidad y la moderación de riesgos de salud de la demanda y oferta de servicios a la población beneficiaria.

### **Cobertura**

Sera la definida en el momento de la negociación, de acuerdo a las coberturas del Plan de Beneficios en Salud vigentes.

### **Población**

Son los usuarios afiliados a Comfenalco Valle EPS que se encuentren en estado Activo, Cobertura Inicial, Protección Laboral, Mora o Suspendido, en este último caso sólo si se encuentra en estado de gestación, es menor de edad o padece patología crónica que tenga tratamiento en curso.

La consulta sobre derechos del paciente siempre se debe realizar On Line en el aplicativo que defina la EPS.

### **Calculo de la población**

No es aplicable el cálculo de la población, debido a que el pago no se ve afectado por las variaciones poblacionales.

**NOTA:** Los procesos de atención al usuario, autorizaciones, gestión de la Información, recobros, cuotas moderadoras y/o copagos, sanciones y medicamentos e insumos seguirán el mismo procedimiento descrito anteriormente en la modalidad de pago global prospectivo.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 28 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

### **Pago por Evento**

El evento consiste en el pago, de acuerdo a una tarifa pactada previamente, para la ejecución de actividades, procedimientos, intervenciones y/o suministro de insumos y medicamentos, a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud, previa autorización de la EPS, excepto la urgencia vital.

### **Pago por Anticipado**

Teniendo en cuenta que para la prestación del servicio algunos proveedores no cuentan con relación contractual, se realiza bajo modalidad de pago anticipado y el procedimiento surge de la siguiente manera:

- Solicitud de cotización y documentos mínimos contractuales al prestador (cámara de comercio, RUT y certificación bancaria).
- Solicitud creación y parametrización en el sistema de información de la EPS.
- Entrega de soportes correspondiente a la cotización, cámara de comercio, RUT y certificación bancaria al proceso de tesorería.
- Solicitar al proceso de tesorería soporte de pago y/o transferencia electrónica realizado al prestador.
- Envío del soporte de pago al prestador.

### **Pago Libro Abierto**

#### **Generalidades**

Esta modalidad de pago y contratación comprende la operación de una infraestructura existente por un prestador de servicios de salud, que garantiza la atención única y exclusiva de la población afiliada a Comfenalco Valle EPS. La modalidad se denomina libro abierto debido a que tanto el prestador como el asegurador tienen conocimiento del costo real de la prestación de los servicios, dichos costos son auditados a través de un contador por la EPS y el pago final corresponde al valor mensual del costo de operación más el valor de administración acordado por las partes.

Este mecanismo contribuye a la disminución de costos de transacción para los diferentes aspectos de la prestación de los servicios, privilegia las economías de escala en la adquisición de bienes o servicios y permite de manera técnica tener un conocimiento frente a frecuencias y costos de cada atención en particular y ayuda en la construcción de estándares en la población a cargo del asegurador.

Dentro de los objetivos que busca el modelo se encuentran el uso eficiente de la capacidad instalada, la fácil ampliación de servicios y capacidad instalada, la integración de los diferentes niveles de atención con control y mejoras del costo médico, la disminución de actividades en los procesos administrativos de facturación, cuentas médicas y auditoría en pro de la integralidad, calidez y calidad de la atención y la generación de conocimientos para la implementación de estrategia de control del costo médico.

En los contratos bajo la modalidad de libro abierto se debe especificar la capacidad instalada ofertada donde se incluye dependiendo del tipo de institución ambulatoria u hospitalaria el número de cubículos triage, número de consultorios, número de camillas observación adulto y pediátrica, número de camas hospitalarias adultos y pediátricas, número de camas de unidad de cuidado intensivo, número de camas de unidad de cuidado intermedio, número de quirófanos, número de sala de partos, número de camas de trabajo de parto, número de camas para puerperio y en general la capacidad instalada de acuerdo a los servicios a contratar.

### **Cobertura**

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 29 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

Todos los servicios habilitados por el prestador, de acuerdo a las coberturas del Plan de Beneficios en Salud vigente.

### **Población**

Los destinatarios de los servicios de salud contratados en la modalidad de Libro Abierto, son los usuarios afiliados sin que las novedades del estado de afiliación puedan afectar la prestación del servicio (son atendidos los usuarios con estado de afiliación: activos, cobertura inicial, protección laboral, mora y suspendidos que ostenten la condición de ser gestantes, menores de edad y/o pacientes con enfermedades crónicas que tengan tratamiento en curso), lo anterior en cumplimiento al Decreto 2353 de 2015 y Decreto 780 de 2016 y las demás normas que modifiquen o adicione la normatividad vigente.

### **Calculo de los costos**

Se plantea el ejercicio teórico de planeación con frecuencias estimadas con base en la capacidad instalada en su máxima utilización y unos costos promedio estimados que son un modelo estadístico valorizado, que una vez entra el prestador en operación y son atendidos los pacientes debe ser validado y ajustado a la realidad de los pacientes toda vez que variables como la siniestralidad, la carga de enfermedad y las características propias de la población asegurada, son en últimas las que determinen el costo final de las atenciones en cada periodo de tiempo sometido a contabilización (Costo Mensual), sin embargo, un postulado importante es que no existen pagos fijos mensuales en atención que se parte de una demanda de servicios que varía en todas sus características.

Para la contabilización del costo total se hará a través de dos tipos de costos: Costos fijos y costos variables; y a cada una de ellas de acuerdo con el grado de detalle que se pretende, se establecen unas categorías y estas a su vez con rubros de denominación específica de acuerdo con los costos que contengan.

### **Tipo de costos:**

**Costos fijos:** Son todos aquellos costos derivados de la infraestructura y los administrativos que sean necesarios para operar la capacidad instalada que se pone a disposición de COMFENALCO VALLE EPS y la atención de los pacientes.

Para su contabilización se definen 4 categorías a saber:

- a) Costos Administrativos
- b) Costos de Nómina Asistencial
- c) Costos de Nómina Administrativa
- d) Honorarios Especialistas

En cada uno de ellos se encuentran los siguientes rubros:

- a) Costos Administrativos
  - Depreciaciones
  - Administración edificio
  - Agua
  - Luz
  - Teléfono
  - internet
  - Televisión
  - Fumigación
  - Gas Natural
  - Alimentación
  - Transporte alimentación

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 30 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

- Mantenimiento biomédico
- Mantenimiento general y aires
- Aseo
- Residuos hospitalarios
- Vigilancia
- Orientadores
- Mensajería
- Combustible Ambulancia
- Elementos Aseo
- Ropería
- Papelería
- Impresión
- Lavandería
- Esterilización
- Transporte Esterilización
- Seguros Responsabilidad
- Seguros Contenidos
- Soporte Software
- Legales
- Revisoría Fiscal
- Otros Servicios
- Gases Medicinales

b) Costos de Nómina Asistencial

- Médicos Generales
- Médico Rural
- Médicos Generales Asistenciales
- Jefe De Enfermería
- Enfermera Rural
- Auxiliares de Enfermería
- Apoyo Y Sostenimiento
- Coord. Enfermería
- Camilleros
- Instrumentadoras
- Químico
- Regentes
- Auxiliar De Farmacia
- Coord. De Apoyo Terapéutico
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Respiratoria
- Fonoaudióloga
- Nutricionista

c) Costos de Nómina Administrativa

- Gerencia
- Administración
- Calidad
- Mantenimiento
- Biomédico
- Facturación

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 31 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

- Financiera
- Cartera
- Talento Humano
- Sistemas
- Atención Al Usuario
- Auditoria Medica
- Estadística
- Logística (Compras Y Almacén)
- Gestión Ambiental

d) Honorarios Especialistas

Los honorarios de las especialidades con las que se cuenta en la institución

**Costos variables:** Corresponden a los que dependen directamente de la patología del paciente, de su tipo de tratamiento, del servicio requerido y depende de la formulación u ordenamiento del profesional tratante.

Se contemplaron las siguientes categorías:

- Banco De Sangre
- Diálisis
- Ecografías y doppler
- Imagenología
- Laboratorio Clínico
- Materiales De Osteosíntesis
- Medicamentos
- Patología
- Resonancia Magnética
- Suministros y/o Material de Cirugía
- Suministros Especiales
- Tomografías
- Cardiología no invasiva

Una vez determinado el costo generado y clasificado de acuerdo con las anteriores consideraciones, se hace una clasificación de acuerdo con el servicio en el cual se genera, para lo cual se usa la desagregación establecida en el Plan Único de Cuentas establecido por la ley a fin de contabilizar ingresos y gastos de la Contaduría General de la nación.

Es por ello, que se contabiliza de manera independiente los costos fijos provenientes de los siguientes servicios:

- **Servicios de Urgencias** incluye observación
- **Servicios de internación**, acá para mayor claridad y con el ánimo de conocer el costo real de las diferentes atenciones en los diferentes servicios que componen este tipo se hace necesario un grado de detalle adicional para separar la hospitalización general, de la de cuidado intermedio e intensivo, por tanto, se tomarán estos tres tipos de atenciones para contabilizar los costos.
- **Servicios quirúrgicos:** También con el fin de separar lo concerniente a las atenciones quirúrgicas propiamente dichas de las de procedimientos menores que por su naturaleza corresponderán a algunos diagnósticos, otros terapéuticos y otros quirúrgicos pero que no se llevan a cabo en las salas de cirugía, se clasificarán como procedimientos menores y cirugía mayor en el cuadro de control del costo.

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 32 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

- **Servicios de consulta externa:** El costo variable como su naturaleza responde a la formulación u ordenamiento por parte del médico y esta individualizado por cada paciente, se carga de acuerdo con el servicio en que está siendo atendido el paciente y del momento en que le es ordenado dicho servicio, para el efecto el sistema se encuentra parametrizado para que se tome la ubicación del paciente al momento de la respectiva orden de servicio.

Para la asignación y distribución de los costos fijos en los diferentes servicios se tienen en cuenta como factores los siguientes criterios o bases de asignación:

- Cuando el costo permita la asignación directa de los valores para cada servicio, es el que la factura, el soporte o el documento idóneo lo identifique.
- Cuando no sea fácilmente identificable, por ser valores generales, se hará a partir de criterios técnicos de distribución del costo como son: porcentajes de participación del ingreso de cada servicio, El número de actividades desarrolladas en cada unidad, los cuales son permanentes en el tiempo para efecto de permitir comparaciones – unidad de medida estandarizada.

Nota: Se debe tener en cuenta cualquier factor que pueda afectar el costo de cada una de las categorías del costo fijo, a fin de hacer los ajustes, por ejemplo uso de la infraestructura por otro tipo de usuarios que deba ser atendido por eventos de urgencia, usufructo de servicios relacionados con la atención como laboratorio e Imagenología que ya están siendo canceladas desde la facturación por servicios variables y que no hayan sido individualizados por ausencia de contadores o medidores, o facturas independientes.

#### **Origen de la información y Soportes para contabilización del costo**

Toda información sobre los costos de atención en la clínica debe ser con base en los siguientes elementos, informes o documentos y son sujetos a validaciones cruzadas en los diferentes módulos del sistema de información de las clínicas.

- ✓ Reportes del sistema de información del prestador
- ✓ Facturas de compra
- ✓ Liquidaciones de nómina y sus demás factores salariales.
- ✓ Estadísticas vitales
- ✓ Documentos y soportes que sirven para evidenciar gasto como ingresos de almacén, actas de traslados de equipos y/o activos fijos de otra índole, recibos de servicios públicos, etc.

En general, todo costo que pueda ser susceptible de ser causado debe estar respaldado por un documento idóneo que es validado por el personal de COMFENALCO VALLE EPS antes de ser autorizado.

En los casos de costos o gastos recurrentes que al momento del cierre del informe de cada mes no tengan un soporte válido, por ejemplo, el recibo del agua, con el fin de no alterar sustancialmente el costo de un mes frente al anterior, se hará provisión correspondiente al valor del mes precedente y la diferencia conciliada y cargada en el periodo siguiente, de esto debe quedar acta de soporte entre los encargados de las dos entidades a fin de tener claridad meridiana del evento.

A continuación, se hace una descripción de los criterios de inclusión en cada uno de los rubros de las diferentes categorías del costo fijo:

**Depreciaciones asistenciales y depreciaciones administrativas:** La depreciación se calculará con base en el valor de inventario de activos fijos (vehículos, computadores, maquinaria y equipo, muebles y enseres) y llevado a un tiempo 170 meses y no respondiendo a los criterios contables, buscando contemplar el valor de reposición frente a la vida útil del elemento y no en el escenario teórico de la depreciación contable, con un factor de ajuste del 1% a como valor de desmantelamiento o retiro contemplados en la sección 17 NIIF

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 33 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

para Pymes, se citan algunos Apartes. “Para determinar la vida útil de un activo, una entidad debe considerar todos los factores siguientes:

- a. La utilización prevista del activo. El uso se evalúa por referencia a la capacidad o al producto físico que se espere de éste.
- b. El desgaste físico esperado, que dependerá de factores operativos tales como el número de turnos de trabajo en los que se utilizará el activo, el programa de reparaciones y mantenimiento, y el grado de cuidado y conservación mientras el activo no está siendo utilizado.
- c. La obsolescencia técnica o comercial procedente de los cambios o mejoras en la producción, o de los cambios en la demanda del mercado de los productos o servicios que se obtienen con el activo.
- d. Los límites legales o restricciones similares sobre el uso del activo, tales como las fechas de caducidad de los contratos de arrendamiento relacionados.

### **Componentes del costo**

El costo de las partidas de propiedades, planta y equipo comprende todo lo siguiente: La estimación inicial de los costos de desmantelamiento o retiro de la partida, así como la rehabilitación del lugar sobre el que se asienta, la obligación en que incurre una entidad cuando adquiere la partida o como consecuencia de haber utilizado dicha partida durante un determinado periodo, con propósitos distintos al de producción de inventarios durante tal periodo:

**Administración:** La distribución del costo de la administración se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio.

**Servicios públicos (agua y energía):** El servicio de acueducto y energía se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Para efectos del costo en que incurren los servicios de apoyo diagnóstico y/o terapéutico que maneja el prestador, se estableció que se reconocerá del total del valor de las facturas por porcentaje de coeficiente del área ocupada por el prestador de imágenes diagnósticas al interior del operador y se realiza por metro cuadrado ocupado por el prestador de imágenes. Se soporta con las facturas emitidas por Emcali.

**Teléfono:** Se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio, las extensiones administrativas se distribuirán de manera equitativa en todos los servicios. Se soporta con las facturas de Emcali y las facturas de los planes de Celular y recibos de recargas adicionales.

**Internet:** Se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se soporta por la factura mensual emitida por EL OPERADOR.

**Televisión:** Se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se soporta con la factura emitida por EL OPERADOR.

**Fumigación:** La distribución de la fumigación se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se soporta por la factura emitida por El Proveedor.

**Gas:** El servicio de gas solo es cargado al servicio de hospitalización general por ser un cargo básico. Se Soporta con la factura emitida por la empresa comercializadora.

**Alimentación:** La alimentación se contabiliza con base en la información de dietas administradas por cada uno de los servicios que se encuentra en el informe del proveedor y cruzada con el censo hospitalario. Se soporta con la factura emitida por El Proveedor.

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 34 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

**Transporte (Alimentación):** El servicio de transporte es distribuido con base en la información adicional entregada por el proveedor de alimentación el cual trae las raciones por servicios, toda vez que la planta de procesamiento no se encuentra en las instalaciones de las clínicas. Se soporta con la factura presentada por el Proveedor.

**Mantenimiento Biomédico, Mantenimiento General y Aires:** Estos se trabajarán con base en el servicio que se hayan realizado los mantenimientos. Se soporta con las facturas de los proveedores participantes en los mantenimientos correctivos y preventivos.

**Aseo:** El servicio de aseo se distribuirá de acuerdo con el personal asignado a cada servicio, es decir se tomará el valor total de la factura esta se divide por el número de operarios y el valor unitario se multiplica por el número de operarios por servicio. (El valor de la factura incluye personal, insumos (escobas, desinfectantes, trapeador, esponjas, no incluyen las bolsas de separación, toallas de papel, jabón de manos.). Se Soporta con la Factura emitida por el proveedor.

**Residuos Hospitalarios:** Los residuos hospitalarios se distribuirán por porcentajes según histórico de kilos reales. Se soporta con la factura del Proveedor.

**Vigilancia:** La vigilancia es distribuida entre los servicios. Se soporta con la factura emitida por LA COMPAÑÍA.

**Orientadores:** La distribución de los orientadores se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio, teniendo en cuenta que los orientadores dan apoyo en todos los servicios. Se soporta con la Factura emitida por el proveedor.

**Mensajería:** La distribución de la mensajería se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se Soporta con la factura emitida por el proveedor.

**Combustible:** El combustible es distribuido entre los servicios, debido a que este es el consumo realizado por la ambulancia de la institución, que es la misma del traslado de ambulancia por obvias razones. Se soporta con los recibos del proveedor que sea designado.

**Elementos aseo:** La distribución se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se soporta con las salidas de almacén y las facturas de Compra.

**Papelería:** La distribución se realiza con base en los Consumos de cada área a partir de la información contenida en las salidas de almacén. Se soportan con las salidas de almacén y las facturas de compra.

**Impresión:** La distribución de la impresión se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se Soporta con las facturas de los Proveedores que sean designados.

**Lavandería:** La lavandería se distribuirá por porcentajes según histórico de kilos reales por servicio. Se soporta con la factura del proveedor.

**Esterilización:** Esterilización es cargado al servicio de cirugía, a pesar que los demás servicios requieren apoyo de este pero en una proporción muy baja. Se soporta con la factura de los proveedores, y las salidas de almacén de los insumos utilizados en este servicio.

**Transporte (esterilización):** El Transporte de esterilización es cargado al servicio de cirugía, Se soporta con la cuenta de cobro emitida por el proveedor.

**Seguros responsabilidad y seguros contenidos:** La distribución de los seguros se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se soporta con los físicos del seguro que son amortizados según la vigencia del mismo.

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 35 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

**Soporte software:** La distribución del soporte de software se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se Soporta con la factura presentado por el proveedor.

**Legales:** La distribución de los gastos legales se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se soporta con la factura o recibo de los documentos legales utilizados en el mes a revisar.

**Revisoría fiscal:** La distribución de la revisoría fiscal se realiza con base en los porcentajes de ingreso fijados para cada servicio. Se soporta con la factura emitida el REVISOR FISCAL

**Gases:** Teniendo en cuenta que los servicios que más consumen gases son cirugía y UCI a estos se les da un porcentaje del 40% CIRUGIA Y UCI, en los servicios de hospitalización urgencias se les da un porcentaje del 10%. Se soporta con las facturas mensuales de cargue del proveedor.

**Nomina:** La distribución de esta se realiza con base en la información suministrada por Gestión Humana, de acuerdo con la ubicación del personal en las clínicas. Se soporta con el cuadro de nómina y los reportes del Biométrico y las horas extras autorizadas por los coordinadores de los servicios.

**Honorarios:** Se realiza teniendo en cuenta la prestación del servicio en cada una de las áreas médicas. Se soporta con las Facturas y Cuentas de cobros presentadas por los especialistas contratados según las horas laboradas o servicios prestados.

### **Mecanismos para la apertura de nuevos servicios**

Se establece que el mecanismo para la apertura o ajuste de nuevos servicios y que afecte los existentes, es analizado en las instancias técnicas del comité operativo creado para el seguimiento de este, que se debe realizar de manera semanal y de acuerdo con la implicación que estas decisiones puedan tener frente al costo global, son escaladas al comité directivo con presencia de los directivos de las empresas.

Para el desarrollo de nuevos servicios se analiza las circunstancias de complementariedad, integralidad y cumplimiento normativo a fin de brindar el mejor servicio. Aumentos sustanciales en el portafolio debe conllevar un aumento del monto mensual de referencia.

### **Proceso de atención**

- ✓ Se establece un manual operativo donde se especifica el modelo de atención para los servicios de urgencias, ginecobstetricia, internación en los servicios de hospitalización, UCI adultos y UCI neonatal, cirugía, consulta externa y referencia y contrareferencia.
- ✓ En el caso de pacientes con diagnóstico de cáncer que requieran manejo quirúrgico o médico, por subespecialidades oncológicas respectivamente, se remiten a la IPS priorizada en la red por Comfenalco Valle EPS. Cuando el paciente, ya tenga diagnóstico y pronóstico definido sobre no recuperación, realizar en la ips de modalidad de libro abierto, el manejo sintomático según necesidades del paciente.
- ✓ El prestador gestiona la racionalidad técnica y científica y la pertinencia del grupo de profesionales la cual está sometida a análisis de los atributos de calidad por parte del grupo de auditoria medica de la EPS.
- ✓ Las tendencias en frecuencias de uso derivadas de la consulta médica ambulatoria, especialidades médicas y quirúrgicas, son objeto de auditoria médica por parte de la EPS.
- ✓ Los usuarios podrán radicar sus manifestaciones por diferentes canales (Virtual, Escrito, Presencial) y una vez recibida se asigna para respuesta al proceso o IPS responsable de dicha respuesta la

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 36 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

cual debe entregarse antes de 5 días hábiles para los usuarios del Plan de Beneficios de la EPS y 4 días hábiles para usuarios del plan complementario. Se exceptúan de estos tiempos las OYS clasificadas como de Alto Impacto, aquellas en las cuales se percibe que el afiliado presenta un Riesgo Alto en su salud, o aquellas clasificadas por la Supersalud como Riesgo de Vida, las cuales debe responderse en 1 día hábil, también se clasifican como Impacto Alto todas las que afectan la Reputación de la compañía. Las OYS remitidas desde una Red Social también deben responderse en 1 día hábil. Por ultimo aquellos requerimientos de Entes de Control se deben responder en los tiempos exigidos por estos que generalmente son 5 días calendario a partir de la fecha de recibido.

- ✓ Todos los servicios que requieran dispositivos, tecnologías o insumos no contemplados en el plan de beneficios en salud (P.B.S.), deben ser atendidos de manera oportuna e integral con criterios de pertinencia, racionalidad técnico-científica y basados en la evidencia, y sobre todo en el estricto cumplimiento de la ley al ser tramitados de manera inmediata en los aplicativos que el ministerio de Salud implemento, los cuales son el soporte mayor a fin de garantizar el recobro oportuno de la atención o servicio.
- ✓ El prestador como parte del componente complementario de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud de la EPS, realiza las actividades correspondientes a este componente dentro de la prestación del servicio para los 16 grupos de riesgo objetivo, definidos en la Política de Atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

**POLITICA DE CONTRATACION**

**VERSIÓN 4**

| GRO MPMS   | INCLUSIÓN DX   | RESPONSABILIDAD DE PRESTADOR HOSPITALARIO   | RED DE REFERENCIA- MANEJO ESPECIALIZADO   |
|--|--|---|---|
| Población en condición materno-perinatal   | IVE<br>Hemorragias<br>Trastornos HTA complicadas<br>Infecciones<br>Endocrinológicas y metabólicas<br>Enfermedades congénitas y metabólicas genéticas<br>Bajo peso<br>Prematurez<br>Asfixia   | -Cumplimiento Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social<br>-Identificar riesgo obstétrico y bienestar fetal y definir nivel de atención.<br>-Monitorizar resultados en salud del binomio madre - hijo de acuerdo al protocolo para su Vigilancia del INS e intervenir en las desviaciones.<br>-Realizar las unidades de análisis de los eventos centinela de calidad oportunamente y participar en los COVE dados por la EPS.<br>-Garantizar inicio de método anticonceptivo antes del egreso de la paciente y remitir a inscripción en programa planificación familiar en su IPS asignación.<br>-Re remitir al RN a valoración en IPS asignación inscripción de menor de 30 años.<br>-Fomentar la lactancia materna. | Remisión de pacientes que superen capacidad técnica o instalada de la Clínica Nueva:<br>1. Centro Médico Imbanaco<br>2. Fundación Valle de Lili<br>Bajo peso al nacer: programa Casa Madre Canguro                  |
| Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales  | Deficiencias nutricionales e específicamente anemia<br>Desnutrición<br>Sobrepeso y obesidad  | -Cumplimiento Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social<br>-Re remitir a los pacientes con IMC >= 35 kg/m <sup>2</sup> y que tengan HTA y/o DM y con IMC >= 40 kg/m <sup>2</sup> a inscripción en programa de Clínica de Obesidad de Comfenalco Valle EPS.<br>-Re remitir a IPS de Asignación para seguimiento en tratamiento de Sobrepeso, Anemia y Desnutrición.  | Clínica de Obesidad: Clínica Nuestra<br>Red de IPS Básicas  |
| Población con riesgo o Infecciones   | TV, Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniasis, Chagas TS, VIH, HB, Sifilis, ETS<br>ETA<br>ERA, neumonía y EDA<br>Inmuno-prevenibles  | -Cumplimiento Guías de práctica clínica y lineamientos del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud<br>-Realizar las unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública oportunamente y participar en los COVE citados por la EPS.<br>-Hacer seguimiento al cierre de casos y ajustes respectivos en SIVIGILA<br>-Remisión a IPS especializada o de asignación para seguimiento del paciente hasta resolución de cuadro clínico.   | -VIH: IPS SIAM, tratamiento integral, incluye dispensación de medicamentos.<br>-Hepatitis Viral C: Atención y dispensación supervisada de con Meditep. Hepatólogo: Dr Gomez<br>-Otras patologías: IPS de asignación |
| Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifestados debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones. | Psicosis tóxica asociada a consumo SPA<br>Uso nocivo de alcohol<br>Dependencia<br>Efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos<br>Diabetes mellitus<br>Accidentes cerebro-vasculares<br>Hipertensión Arterial Primaria (HTA)<br>Enfermedad Isquémica Cardiaca (IAM)<br>Enfermedad Renal Crónica | -Estudio de origen orgánico de la descompensación y manejo si aplica de acuerdo a hallazgos<br>-Guía MHGap y Ley 1616 de 2013<br>- Encuesta nacional de salud mental de 2015  | 1.Clínico Vital<br>2.Oportunidad de vida  |
| Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro-vascular – metabólicas manifestadas   | Ca mama<br>Ca Colon y Recto<br>Ca Gástrico<br>Ca cuello y LPC en diagramación<br>Ca Próstata<br>Ca Pulmón<br>Leucemias y Linfomas  | -Cumplimiento Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social para hipertensión, diabetes, obesidad y dislipidemia<br>-Re remitir al ingreso a la inscripción en el programa de RCV de la IPS.<br>-Reportar a la Cohorte de RCV de la EPS cuando el paciente inicia Diálisis para coordinar al egreso la continuidad en la atención<br>-Guía de manejo para el paciente con enfermedad renal crónica  | -Paciente con enfermedad coronaria, alterado ritmo cardíaco, ICC: Fundación Valle de Lili.<br>-Prestador TRR ambulatoria: RTS<br>-Remisión a IPS primarias para captación programa de RCV                           |
| Población con riesgo o presencia de cáncer   | Ca Piel no melanoma<br>Ca mama<br>Ca Colon y Recto<br>Ca Gástrico<br>Ca cuello y LPC en diagramación<br>Ca Próstata<br>Ca Pulmón<br>Leucemias y Linfomas   | -Realizar proceso diagnóstico en casos de pacientes nuevos y cuando se confirme, remitir a la IPS priorizada en la red de la EPS.<br>-A los menores de 18 años, remitir desde la sospecha de cáncer a urgencias del Centro Médico Imbanaco<br>-Re remitir al momento del egreso a valoración por especialidad de acuerdo a hallazgos  | IPS Oncológica: Clínica de Occidente mayores de 18 años y menores de 18 años a Centro Médico Imbanaco<br>-Cuidado paliativo: Clínica de Occidente   |
| Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos   | Defecto refractivo ( Miopia, Hipermetropía, astigmatismo)<br>Ambliopía<br>Glaucoma<br>Cataratas<br>Retinopatía del prematuro<br>Visión Baja<br>Traumas del oído<br>Hipoacusia<br>Otitis<br>Vértigo   | -Para retinopatía del prematuro, realizar estudio durante estada hospitalaria y remitir al egreso para continuidad manejo<br>-Re remitir al momento del egreso a valoración por especialidad de acuerdo a hallazgos   | Clínica de la Visión<br>Clínica Sigma   |
| Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal  | Caries<br>Fluorosis<br>Enfermedad Periodontal<br>Edentulismo<br>Tejidos blandos, e stomatosis  | -Re remitir al momento del egreso a valoración por Odontología de acuerdo a hallazgos   | -IPS de asignación de cada usuario  |
| Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento   | Depresión<br>Demencia<br>Esquizofrenia<br>Suicidio   | -Estudio para descartar origen orgánico de la descompensación y manejo si aplica de acuerdo a hallazgos<br>-Cumplimiento Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (Depresión y esquizofrenia) y la encuesta de salud mental  | 1.Clínico Vital<br>2.Oportunidad de vida  |
| Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas  | Violencia relacionada con el conflicto armado<br>Violencia de género<br>Violencia por conflictividad social  | -Realizar proceso de atención de acuerdo a NORMATIVIDAD vigente en cada grupo de riesgo vulnerable.<br>-Re remitir a IPS Asignación para continuidad atención<br>-Realizar notificación a SIVIGILA para casos de violencia  | -IPS de asignación de cada usuario  |
| Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas  | EPOC<br>Asma   | -Cumplimiento Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social<br>-Re remitir al ingreso a la inscripción en el programa de Enfermedad Respiratoria Crónica de la IPS.<br>-Reportar a la Cohorte de Enfermedad Respiratoria Crónica cuando el paciente egresa con oxígeno domiciliario.  | -IPS Atención Neumología:<br>Clínicos IPS<br>IPS Asignación del paciente  |
| Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales  | Accidente rábico<br>Accidente ofídico  | -Cumplimiento Guías de práctica clínica y lineamientos del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud<br>-Remisión a IPS de asignación para seguimiento del paciente hasta resolución de cuadro clínico.  | -IPS de asignación de cada usuario  |
| Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales   | Accidente laboral<br>Enfermedad profesional  | -Cumplimiento a Seguridad social en salud y trabajo<br>-Reportar enfermedades de contingencia de tipo laboral   | -IPS de asignación de cada usuario  |
| Población con riesgo o enfermedades raras  | Hemofilia<br>Fibrosis quística<br>Artritis lisoplásica<br>Distrofia muscular de Duchenne, Becker y Distrofia Miotónica   | -Realizar proceso diagnóstico en casos de pacientes nuevos y cuando se confirme, remitir a la IPS priorizada en la red de la EPS.<br>-Guía de práctica clínica para hemofilia A severa con y sin inhibidores  | -Hemofilia: Centro médico Imbanaco - IPS Especializada<br>-Para el resto de patologías descritas lo menores de 18 años remitir a Fundación Valle de Lili y adultos a IPS Clínicos.                                  |
| Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes  | Enfermedades neurológicas<br>Enfermedades del colágeno y artritis  | -Guía de práctica clínica para artritis reumatoides y LES   | IPS Clínicos  |
| Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.   | Infecciones de las vías respiratorias inferiores, Diarrea, Traumatismos involuntarios NO causados por el tráfico, Traumatismos causados por el tráfico, Malaria<br>EPOC afecciones perinatales   | -Fomento de ambientes saludables y prevención de enfermedades<br>-Evaluar las condiciones de riesgo ambiental a las cuales se encuentra expuesto el paciente y realizar diagnóstico   | -IPS de asignación de cada usuario  |
| No priorizado MPMS   | Trasplantados o candidatos a trasplante  | -Atención de la urgencia y remisión a IPS de atención asignada de acuerdo a la necesidad  | -Trasplante renal o de médula ósea, células madres: Centro Médico Imbanaco<br>-IPS Ambulatorias o complementaria de acuerdo a la patología<br>-Trasplante cardíaco, pancreas y hepático: Fundación Valle de Lili    |

**Referencia y contrarreferencia**

Los procedimientos de referencia y contrarreferencia a desarrollar son los establecidos y socializados por el asegurador y abarcan todos los servicios que el prestador tenga habilitados y aquellos que en atención a la urgencia deban ser provistos de manera inmediata mientras se logra la ubicación definitiva, para evitar deterioros en la salud de los afiliados por demoras en la iniciación del manejo de sus patologías.

Como política general derivada del modelo de contrato, TODO paciente que sea puesto en conocimiento del prestador debe ser admitido mientras se tenga la capacidad física para atenderlo.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 38 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

## Autorizaciones

- ✓ El prestador genera la autorización de todos los servicios a través del aplicativo dispuesto por el asegurador, para lo cual la EPS habilitará el acceso web service para la gestión de solicitudes y brindará capacitación a los colaboradores que la IPS designe para este trámite.
- ✓ La autorización de servicios se gestiona en el aplicativo definido por la EPS antes de la prestación del servicio en el caso de servicios ambulatorios y simultaneo a la prestación en el paciente hospitalizado para los servicios diferentes a la estancia, la cual se genera al egreso del paciente. En todo caso los servicios prestados deben contar con la autorización dentro del mes de la prestación y las autorizaciones deben estar cargadas en el aplicativo, hasta el día 27 de cada mes.
- ✓ Cuando la autorización del servicio no se genere en el mes de prestación, se debe reportar el servicio al Coordinador de Autorizaciones de Comfenalco Valle EPS, informando sobre causa de no haberse gestionado, para solicitud de visto bueno en el ingreso de la autorización en el aplicativo. Este reporte se hará vía correo electrónico y tiene respuesta en un lapso de 2 a 5 días hábiles, según el número de solicitudes. Las variables a reportar son:
  - Datos del paciente: nombre y documento de identidad
  - Procedimiento: Nombre y CUPS
  - Fecha de prestación del servicio
  - Motivo de no realización en el mes de prestación
  - Concepto Comfenalco Valle EPS
- ✓ La atención de afiliados por el servicio de urgencias es cumplida por el prestador de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El prestador se obliga a informar a la EPS dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención.
- ✓ Para cualquier procedimiento posterior a la atención inicial de la urgencia, el prestador gestiona a través del aplicativo dispuesto por la EPS, la autorización respectiva.
- ✓ De parte de Comfenalco Valle EPS, se realiza auditoria a la concordancia de las fechas de prestación y autorización de los servicios e igualmente hace seguimiento a la oportunidad en la prestación de servicios ambulatorios.
- ✓ Para la terapia de reemplazo renal la autorización se tramita con la EPS y realiza el debido reporte a la cohorte de riesgo cardiovascular con el objetivo de realizar el seguimiento al momento del egreso del paciente para la continuidad en la atención en el nivel ambulatorio.
- ✓ En el caso de pacientes con diagnóstico de cáncer que requieran manejo quirúrgico o médico, por subespecialidades oncológicas respectivamente, se remiten a la IPS priorizada en la red de la EPS. Cuando el paciente, ya tenga diagnóstico y pronóstico definido sobre no recuperación, se realiza en la IPS de modalidad libro abierto, el manejo sintomático según necesidades del paciente.
- ✓ Una vez realizada la prescripción de la tecnología no PBS en el aplicativo MIPRES, la EPS, realiza la validación administrativa, genera la autorización y reporta a la IPS, el resultado de esta validación y el número de autorización de aquellas que tengan validación exitosa, vía correo electrónico, cumpliendo con los tiempos definidos en la Norma. La IPS está en la obligación de reportar la gestión realizada con las validaciones no exitosas y de programar la prestación del servicio de aquellas prescripciones reportadas como exitosas.

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 39 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

### Gestión de la información

- ✓ Presentar al área correspondiente de la EPS los reportes que se requieran, vía correo electrónico y/o en medio magnético y dentro de los términos establecidos entre las partes.
- ✓ Reportar a COMFENALCO VALLE EPS todas aquellas circunstancias que se relacionen con una posible suspensión del servicio, dentro de las cuarenta ocho (48) horas siguientes a que se conozca la limitación.
- ✓ Reportar a COMFENALCO VALLE EPS dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia de los hechos, el ingreso de alguno(s) de sus afiliados, si es víctima de accidente o evento urgente, accidente de trabajo, enfermedad profesional y violencia intrafamiliar y abuso sexual, para la activación de las rutas de atención específicas.
- ✓ Reportar a COMFENALCO VALLE EPS el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes, en atención a lo establecido en la Resolución 02816 de 1998 del entonces Ministerio de Salud y el Decreto 4747 de 2007.
- ✓ Reporte Información estadística de los usuarios de COMFENALCO VALLE EPS sobre morbilidad, mortalidad, infección intrahospitalaria, reingresos y días de estancia hospitalaria por usuario hospitalizado dentro de los diez (10) días del mes siguiente de la prestación de los servicios en el formato establecido para tal fin.
- ✓ Reporte Información de prestaciones de servicios de salud -RIPS-, anexa en medio magnético a la facturación mensual. La cual debe reportarse en los primeros 5 días del mes siguiente a la atención, por la plataforma dispuesta por Comfenalco Valle EPS.
- ✓ Reporte de Nacidos vivos y defunciones de usuarios que se produzcan en sus instalaciones o bajo su atención, semanalmente y mediante los formatos establecidos en la Circular Externa conjunta 0081 de noviembre 13 de 2007 del Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo de Nacional de Estadística. La IPS se compromete a diligenciar todo hecho vital en el módulo de Nacimientos y Defunciones del Registro Único de Afiliados al Sistema de la Protección Social - RUAF (RUAF-ND) y enviar mensualmente al correo definido por la EPS la información relacionada con los hechos vitales de la población.
- ✓ Reportar las fallas o deficiencias en la prestación del servicio, y efectuar los comités de calidad para resolver las inquietudes de los usuarios dejando evidencia en actas escritas las cuales en caso de requerirse deben ser remitidas en copia a COMFENALCO VALLE EPS.
- ✓ Reporte de los eventos adversos trazadores definidos en la Resolución 256 del 05 de febrero de 2016 -Anexo Técnico-, del Ministerio de la Protección Social, y demás normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen. Presentar a COMFENALCO VALLE EPS el comprobante de cargue de la información solicitada en la Resolución 256 de 2016, que emite la plataforma de intercambio de información PISIS, por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información de la calidad y se disponen los indicadores de la calidad en salud, o las que modifiquen y/o adiciones por el ente competente.
- ✓ Reporte Informe de los eventos de interés en salud pública y aplicación de los protocolos establecidos en el Decreto 3518 de 9 de octubre del 2006 del Ministerio de la Protección Social.
- ✓ Reporte Informe sobre la ejecución de actividades de protección específica y detección temprana relacionada con los servicios hospitalarios, dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes y teniendo en cuenta las Resoluciones 4505 de 2012 y 1442 de 2013 del Ministerio de Salud y

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 40 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

Protección Social y las Resoluciones 3442 de 2006 y 2257 de 2011 del Ministerio de Protección Social.

- ✓ Reporte - Informe sobre la ocurrencia, seguimiento y análisis de los casos centinela que se presenten de acuerdo a lo previsto en la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, que se deriven de la atención de los servicios objeto del presente contrato.
- ✓ Reporte Indicadores de gestión previstos en las Circulares vigentes de la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los diez (10) primeros días de cada mes.
- ✓ Para las enfermedades de interés en salud pública y el análisis de los eventos centinela de calidad en salud, se deben seguir las Guías de atención y los lineamientos emitidos por el Instituto Nacional de Salud, con la actualización realizada anualmente por el INS.
- ✓ Reporte el comprobante de cargue de la información solicitada en la Circular 001 de 2007, que emite la plataforma de intercambio de información PISIS, por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de Información de Precios de Medicamentos, o las que modifiquen y/o adiciones por el ente competente.
- ✓ Reporte de actualización permanente de la información del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI a través de sistema de información nominal PAI Web, cumpliendo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud a través de la Circular 044 del 2013 y demás normas que lo modifiquen, complemente o sustituyan.
- ✓ Reporte de cumplimiento de los tiempos de consulta establecidos en la Resolución 5261 de 1994, artículo 97.
- ✓ Presentar a COMFENALCO VALLE EPS el comprobante de cargue de la información solicitada en la Resolución 2175 de 2015, que emite la plataforma de intercambio de información PISIS, donde se establece el anexo técnico para el reporte de las atenciones en salud a menores de 18 años, gestantes y atenciones de parto y se adopta el mecanismo de transferencia de los archivos.
- ✓ Presentar a COMFENALCO VALLE EPS el comprobante de cargue de la CIRCULAR UNICA 047 de 2007 con las adiciones y modificaciones expedidas por la Superintendencia Nacional en Salud y que se encuentren vigentes a la fecha en que se deba realizar el presente trámite.
- ✓ Presentar a COMFENALCO VALLE EPS la información concerniente a la Resolución 1552 de 2013, según el anexo técnico de la misma y al correo electrónico circular\_056@aseguramientosalud.com, o el correo electrónico que EL CONTRATANTE informe de manera oportuna, dentro de los primeros (5) días hábiles de cada mes.
- ✓ Enviar al correo electrónico caceps012@aseguramientosalud.com antes del 02 de febrero, la base de datos de la Cuenta de Alto Costo de Cáncer según el anexo técnico de la Resolución 0247 de 2014 y/o las que lo modifiquen. Igualmente, en el mismo periodo enviará junto con la historia clínica la base de datos de la Cuenta de Alto Costo de Hemofilia según el anexo técnico de la Resolución 123 de 2015 y/o las que lo modifiquen.
- ✓ Enviar al correo electrónico caceps012@aseguramientosalud.com antes del 1 de julio del año curso, la base de datos de la Cuenta de Alto Costo de Enfermedad Renal Crónica según el anexo técnico de la Resolución 2463 de 2014 y/o las que lo modifiquen. Igualmente, en el mismo periodo enviará la base de datos de la Cuenta de Alto Costo de Artritis según el anexo técnico de la Resolución 1393 de 2015.
- ✓ Enviar la base de datos de la Cuenta de Alto Costo de VIH, según los anexos técnicos de la Resolución 4725/11 y Resolución 783/12, al correo caceps012@aseguramientosalud.com. La fecha

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 41 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

de reporte es antes del 1 de marzo la información correspondiente al periodo comprendido entre 1 de julio al 31 de enero y antes del 2 de julio, la información del periodo del 1 de febrero al 30 de junio del año en curso.

- ✓ En la base de datos de la Cuenta de Alto Costo de Hepatitis C al correo electrónico [resolucion16922017@aseguramientosalud.com](mailto:resolucion16922017@aseguramientosalud.com), según las fechas y lineamientos establecidos en la Resolución 1962 del 2017 y/o las que la modifiquen.
- ✓ Realizar la entrega de las bases de datos de servicios prestados en cumplimiento del objeto de este contrato de manera mensual en los 5 primeros días hábiles enviándolo al correo [saludpublicaeps012@aseguramientosalud.com](mailto:saludpublicaeps012@aseguramientosalud.com) o el correo electrónico que EL CONTRATANTE informe de manera oportuna.
- ✓ Reportar cualquier otro informe técnico que le sea requerido por COMFENALCO VALLE EPS incluidos los solicitados por el Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Superintendencia Nacional de Salud, Cuenta de alto costo dentro de los primeros diez (10) días de cada mes.
- ✓ Reportar cualquier novedad en materia de los servicios objeto del presente contrato inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud por la autoridad competente, en un término máximo de tres (3) días hábiles siguientes a la radicación ante la autoridad que le corresponda, y enviar copia del documento de reporte.
- ✓ Al finalizar la conciliación entre las dos entidades de los costos fijos y variables, se procede a socializar el cuadro final del costo en el cual aparece un total de los costos fijos y otro de los variables, a los cuales se les aplica por efectos de la negociación, la cifra de USUFRUCTO DE PREDIO como el resultante de aplicar el porcentaje acordado a cada uno de los dos subtotales y a este finalmente se le aplica el costo de administración también acordado COMFENALCO VALLE EPS, como costo de transacción.
- ✓ Este valor final de la sumatoria de los anteriores valores es la cifra que ha de ser certificada para el pago a través de los procesos de radicación de cuentas y gestión financiera del asegurador. No sobra decir que del valor total de la cuenta el asegurado debe descontar lo correspondiente a pagos realizados al momento de la atención por parte de los usuarios como cuotas moderadoras o copagos.

Nota: El prestador a través de documento idóneo certificará mensualmente ante la interventoría del contrato lo correspondiente a los pagos de los afiliados o beneficiarios y entregará el soporte del sistema de información respectivo.

Para el caso de los afiliados o sus beneficiarios que, al momento del egreso, no tengan capacidad de pago y tengan que firmar algún documento o título valor que respalde dicha deuda y que en el futuro se acerque a la tesorería a cancelarlo, es reportado periódicamente -Bimestralmente- el valor de recuperación de esa cartera y también descontado de la factura de ese mes respectivo.

- El informe mensual debe quedar listo y conciliado a más tardar el día 15 de cada mes, a fin de expedir la certificación respectiva y ser radicada antes del cierre mensual del día 20 de cada mes.
- Se expedirá un documento o informe completo de la ejecución del contrato durante los primeros 10 días el mes siguiente a la prestación del servicio con respectivas comparaciones, tendencias, comportamientos erráticos y sus explicaciones, así como de manera técnica se haga referencia a frecuencias, costos medios y otros aspectos que deban ser materia de conocimiento general.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 42 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

### Copagos y/o cuotas moderadoras

- Para el cobro de las cuotas moderadoras o los copagos que se deben hacer los afiliados y/o beneficiarios, aplica lo establecido en la ley en cuanto a frecuencias y topes anuales, así como el valor correspondiente al rango salarial en el que se encuentre el usuario.
- No se cobra a los afiliados de COMFENALCO VALLE EPS, ninguna suma adicional por la prestación de los servicios contenidos en el Plan de Beneficios en Salud excepto las cuotas moderadoras y copagos como lo establece la normatividad vigente.
- Estos valores realmente recaudados, son descontados cada mes del valor de la factura mensual por encontrarse inmerso en el pago de dicha atención. En los casos que el usuario no tenga capacidad de pago para egresar de la institución, se hace necesario que se active la ruta de atención para el paciente con limitación económica, involucrando trabajo social y servicio al cliente y facilitando a través de documentos de garantía tipo pagaré cuando esté debidamente documentado el problema.
- De la gestión de recaudo de dichos pagarés, se deriva un informe mensual que debe entregarse a fin de hacer la nota contable por el recaudo de dichos pagos en el momento que se den, asegurando que no se aplique doble cobro a la EPS, por lo cual deja constancia de la relación de los pagos en el sistema, incluyendo la condición en la que se recibe el pago.

### Reuniones operativas de seguimiento

La periodicidad de las reuniones de seguimiento es una reunión operativa semanal, donde asiste el/la **Gerente de Prestación**, Coordinador/a de auditoría médica y el Auditor/a concurrente por la EPS Comfenalco; por la IPS el/la **Gerente Administrativo y Financiero**/A, la dirección médica y el/la coordinador/a médico.

Mensualmente se realiza una reunión para la evaluación de la gestión del contrato y toma de decisiones frente a los ajustes globales que requiera el proceso, a esta asiste los directivos de las dos instituciones.

### Evaluación de resultados

El proceso de auditoría integral está concebido desde tres aspectos fundamentales a fin de alcanzar las metas planteadas a saber:

#### Auditoría Concurrente

El programa de auditoría concurrente está destinado a la detección temprana de fallas y fugas, entendidas éstas como problemas de no calidad por parte o por responsabilidad del prestador y las demoras injustificadas que el asegurador pueda generar al no poder garantizar la continuidad de los servicios.

Comprende el seguimiento de la atención intrahospitalaria de pacientes, en las diferentes etapas de la ruta de atención, el acompañamiento a los procesos administrativos que puedan derivar en problemas de atención por falta de continuidad, y la identificación de posibles fallas en la calidad, eventos adversos o incidentes que afectan la seguridad del paciente o que lleven a estancias prolongadas, buscando que el prestador ajuste sus procesos y minimice el impacto en el afiliado a Comfenalco Valle EPS.

#### Control del proceso médico

Responde al seguimiento que por parte del médico interventor definido por la COMFENALCO VALLE EPS, que está permanentemente en las clínicas y del ejercicio metódico de revisión y auditoría de los diferentes aspectos de la gestión clínica, y sus indicadores en salud.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 43 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

Se determinan indicadores en cuanto a servicio y en cuanto a resultados en salud que son monitoreados de manera permanente, en su proceso de control debe verificar:

Suficiencia del recurso humano  
Rendimiento y productividad del personal asistencial  
Frecuencias y tendencias de los servicios así como sus desviaciones  
Planes de mejora

### Control administrativo del costo

El control se realiza de manera mensual frente a la estructura del costo definido, con base en cada una de las categorías definidas y con los soportes respectivos haciendo especial énfasis en la distribución por cada uno de los servicios o unidades funcionales.



### Auditoria Concurrente

Evaluación de atributos de calidad esperados los pilares fundamentales en el modelo de auditoria concurrente planteado para la supervisión del modelo de libro abierto son:

- a. Oportunidad
- b. Pertinencia
- c. Racionalidad Técnico-Científica.
- d. Control del costo.

### Oportunidad

Se establecen los siguientes parámetros para evaluación del atributo de oportunidad:

### Atención especializada para paciente en internación – Interconsultas:

- Medicina interna: 24 horas de lunes a domingo incluyendo días festivos.
- Cirugía general: 24 horas de lunes a domingo, incluyendo días festivos
- Ortopedia: 24 horas de lunes a domingo, incluyendo días festivos.
- Anestesiología: 24 horas de lunes a domingo, incluyendo días festivos.

|   |                                 |                        |
|---|---------------------------------|------------------------|
|  | <b>POL_CDR_001</b>              | <b>Página 44 de 58</b> |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b>       |

- Urología: 24 horas de lunes a domingo, incluyendo días festivos.
- Cirugía plástica: 24 horas de lunes a domingo, incluyendo días festivos.
- Psiquiatría: 48 horas de lunes viernes. No incluye festivos (día hábil siguiente).
- Cirugía vascular: 48 horas de lunes a sábado. No incluye festivos.
- Neumología: 48 horas de lunes a viernes. No incluye festivos ni fines de semana.
- Neurología: 48 horas de lunes a viernes, No incluye festivos ni fines de semana.
- Neurocirugía: 24 horas para urgencia vital (incluye fines de semana y festivos).
- El resto de los casos 48 horas de lunes a viernes, no incluye festivos ni fines de semana.
- Comité de Infectología: 48 horas de lunes a viernes, no fines de semana, no festivos. No existe interconsulta. Se debe solicitar comité de infecciones.
- Geriátrica: es solo concepto y debe ser registrado el concepto por médico tratante de la sala.
- Gastroenterología: 48 horas de lunes a viernes, no festivos, no fines de semana.
- Hematológica: 48 horas de lunes a viernes, no festivos, no fines de semana.
- Coloproctología: 48 horas de lunes a viernes, no festivos, no fines de semana.
- Ginecología: 48- 72 horas de lunes a viernes, no festivos, no fines de semana.
- Cardiología: 48 horas de lunes a viernes, no festivos, no fines de semana.
- Otorrinolaringología: 24 horas para urgencias, incluyendo fines de semana y festivos, y el resto a 48 horas de lunes a viernes, no festivos, no fines de semana.
- Cirugía maxilofacial: 48 horas de lunes a viernes, no festivos, no fines de semana.
- Notas: No se incluyen las siguientes especialidades: pediatría, obstetricia, reumatología, hemodinamia, endocrinología en paciente hospitalizado a pesar de tener consulta externa de la especialidad.

#### Oportunidad quirúrgica:

- Cirugía de condición clínica urgencias: hasta 6 horas desde el momento que se define procedimiento quirúrgico hasta el ingreso al quirófano.
- Cirugía programada paciente hospitalizado: hasta 48 horas (se debe tener en cuenta condición clínica del paciente, estado hemodinámico, lo cual puede afectar tiempos de oportunidad quirúrgica).

#### Oportunidad de laboratorios e imágenes diagnosticas según Servicio:

| Servicio   | Examen                     | Oportunidad Definida horas | Observaciones  |
|--|----------------------------|----------------------------|--|
| Urgencias Y Observacion (hasta 48 horas)   | Laboratorio Clinico Basico | 3                          | interpretados en historia clinica con conducta definida.                           |
|  | Imagenologia               | 6                          | Sin lectura, Pero con toma de conducta en historia clinica                         |
|  | Ecografia                  | 6                          | ecografias despues de las 7 pm se tomara en las primeras 2 horas del siguiente dia |
|  | Tomografia                 | 12                         | con interpretacion inicial en historia clinica por medico solicitante o de turno.  |
|  | Resonancia                 | No                         | no aplica  |
| Hospitalizacion Basica / UCI   | Laboratorio Clinico Basico | 6                          |  |
|  | Imagenologia simple        | 6                          |  |
|  | Ecografia                  | 12                         | Fuera de estos promedios **Duplex arterial y venoso                                |
|  | Tomografia simple          | 24                         |  |
|  | Tomografia contraste       | 48                         | angiogramas, colangiogramas  |
|  | Resonancia                 | 48                         | con lectura  |
|  | endoscopia/ colonoscopia   | 48                         |  |
| Ecocardiografia /eco- stres  | 24- 48                     |                            |  |
| *fibrinogeno, *grasas neutras (Son de referencia) maximo 5 dias. Revisar pertinencia de solicitud. |                            |                            |  |
| **Duplex arterial y venosa, 18 horas   |                            |                            |  |

#### Indicadores de los resultados de atención y nivel del servicio

Nivel de servicio:

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 45 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

- a) Tasa de quejas por periodo.
- b) Oportunidad de interconsultas.
- c) Oportunidad de resultados de laboratorio e imágenes.
- d) Oportunidad de intervenciones quirúrgicas en internación.

#### Resultados en salud

- a) Proporción de neumonía en UCI asociada a ventilación mecánica.
- b) Proporción de reingreso a hospitalización antes de 15 días
- c) Proporción de reingreso servicio de urgencias 48 horas
- d) Proporción de reingreso de pacientes a UCI en las primeras 48 horas de estancia básica \*(con estancia mayor a 3 días UCI)
- e) Tasa de eventos adversos
- f) Porcentaje de concordancia de estancia UCI
- g) Proporción de pacientes con indicación de destete ventilatorio no aplicado.
- h) Tasa de infección intra-hospitalaria en UCI.
- i) Porcentaje de pertinencia de ayudas diagnosticas en UCI

#### Hallazgos de la auditoria

De los hallazgos detectados, diariamente se hace gestión con el par designado por la gerencia de la IPS a fin de que se gestionen dentro de los términos establecidos en el acuerdo de servicios y en caso de no lograrse el resultado esperado, se deja en firme el mismo en el consolidado mensual de fallas institucionales que periódicamente es calificado por el comité de seguimiento al contrato y definidas las acciones contempladas en el manual operativo.

#### Acciones Correctivas

De los hallazgos se presenta por parte la IPS de manera mensual, dentro de los 5 días siguientes a la presentación del informe mensual de hallazgos un PLAN DE MEJORA, el cual es calificado por parte del Profesional Especializado designado para el seguimiento médico de la ejecución del contrato.

#### Facturación y Pago

La radicación de la factura se realiza los primeros 20 días del mes siguiente a la prestación de los servicios con el soporte de RIPS y de la certificación contable de los interventores del contrato. La forma de pago es a treinta (30) días posterior a la radicación de la factura. Los procedimientos NO PBS se radicarán individualmente con todos los soportes de norma.

La suma de los costos variables y de los costos fijos da el costo total, a este valor se le suma el valor del arriendo mensual del inmueble, y a este resultado se le suma el valor de la administración, el costo final a facturar mensualmente se calcula teniendo en cuenta las siguientes fórmulas:

- VALOR COSTO TOTAL = COSTO FIJO + COSTO VARIABLE
- VALOR ARRIENDO = (Costo Total/0,9222222)- Costo Total
- VALOR ADMINISTRACION = SUMA ((Costo Total +valor arriendo)/0,9)- SUMA (Costo Total + Valor arriendo))

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 46 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

La radicación de las facturas a la EPS se realiza mensualmente discriminadas entre las siguientes facturas:

1. Régimen subsidiado
2. Régimen contributivo
3. Plan complementario
4. NO PBS – Esta no se incluye en el costo total mensual y se radica en facturas individuales.

## 2.8 Pago por Cápita

### Generalidades

Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tiene derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

### Cobertura

Son los servicios, tecnología o medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC de acuerdo a la normatividad vigente.

### Población

Son los usuarios afiliados a Comfenalco Valle EPS que se encuentren en estado Activo, Cobertura Inicial, Protección Laboral, Mora o Suspendido, en este último caso sólo si se encuentra en estado de gestación, es menor de edad o padece patología crónica que tenga tratamiento en curso.

### Calculo de la población

- ✓ Periodo de frecuencia: mensual
- ✓ Población objeto: la población asignada a la IPS

### Cálculo del valor de la cápita

| Sede                          | Población                             | Valor percapita | Total  |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------|--|
| Nombre de la sede de atención | Número total de población por régimen | Valor pactado   | Multiplicación de la columna de población por el valor percapita |

### Proceso de atención

#### Cápita medicamentos

- Cada vez que el usuario se acerca a los puntos de dispensación el prestador procede a la validación de derechos, para esto se tienen definidos dos estrategias: la primera corresponde a la búsqueda en la base de datos suministrada por la EPS y la segunda corresponde a la búsqueda en el aplicativo dispuesto por la EPS.
- Posteriormente, el prestador valida que la institución o medico prescriptor se encuentre reportado como red adscrita y cargada en el sistema del prestador.

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 47 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

- Para fórmulas de medicamentos incluidos en el plan de beneficios, el registro medico legible es un requisito indispensable para la dispensación.
- Las formulas medicas tienen vigencia de 30 días o según duración del tratamiento prescrito y el recetario para los medicamentos de control especial tienen vigencia por 15 días calendario.
- Para la dispensación se realiza la validación de que los datos de cantidad por día, días de tratamiento, tratamiento y observaciones sean coherentes, en caso de no encontrar coherencia se procede a realizar la devolución al paciente y solicitar aclaración del médico tratante.
- Se establecen controles para la dispensación, donde se consideran los siguientes:
  - Documentos físicos para la entrega: fórmula médica original o copia y para medicamento de control especial se debe presentar la fórmula original y el documento de identidad original o copia.
  - Topes de entrega: los cuales se definen según medicamentos y realizan su identificación en el sistema, para que se genere la alerta al momento de la dispensación.
- Para la dispensación de medicamentos para usuarios que se encuentren fuera de los municipios de operación de la EPS, se presenta la fórmula médica original que cumpla con los requisitos de la normatividad vigente y para el caso de medicamentos de control especial con el recetario de la respectiva regional y la autorización emitida por la EPS.
- Cuando en las fórmulas de medicamentos de los programas de detección temprana y protección específica se encuentren medicamentos que no hacen parte del programa, se realiza el cobro de los medicamentos que no son del programa o la cuota moderadora si el valor de estos es superior.
- Cuando el usuario pertenezca al Plan Complementario Especial, se cobra el pago de cuota moderadora diferencial diferente al establecido por la norma, la identificación de estos usuarios como el valor a cobrar por cuota moderadora estará disponible en el sistema del prestador.
- Para los casos de los pacientes en que al momento de realizar la entrega de los medicamentos, se manifieste por parte de éste corresponder a un nivel diferente al registrado en la autorización, se realiza la validación a través del aplicativo dispuesto por la EPS y registra al respaldo de la fórmula médica la fecha y estado registrado en el aplicativo dispuesto por la EPS y aplica el cobro con base en esta información.
- Para toda fórmula que genere un NAP (Número de autorización) debe realizarse la captura de este.
- Se genera constancia de recibido de lo dispensado para lo cual el usuario firma con número de documento de identidad en la fórmula.

### **Dispensación pacientes crónicos**

Se entiende por proceso de crónico, el proceso de entregas sucesivas (mes a mes) a un paciente para el cual su médico prescriptor determino que requería tratamiento superior a 30 días y esta necesidad fue plasmada en su fórmula médica, indicando:

- Dosis
- Frecuencia de administración
- Periodo de duración del tratamiento (cantidad de meses requeridos).
- Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento (mes y total).
- Para la dispensación de pacientes crónicos el usuario presenta para la entrega, la fórmula original o copia.
- La duración del tratamiento de los pacientes crónicos puede oscilar entre dos (2) y seis (6) meses, el periodo de tiempo establecido está indicado en cada modelo de prestación de servicios.
- Para los pacientes crónicos se realiza la marcación en el sistema.

### **Política de fraccionamiento**

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 48 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

Siempre se entrega la unidad de empaque más cercana a lo prescrito por el médico tratante, ya sea por debajo o por encima, excepto en la prescripción de antibióticos para los cuales se entrega siempre tratamiento por encima, se escribe en la fórmula “se entrega XX por unidad de empaque” y el usuario firma la constancia de recibido a satisfacción, ejemplos:

Ejemplo 1: Se prescriben 30 tabletas de x medicamento, sin embargo, la unidad de empaque de este es frasco por 28, para este caso se entregan las 28 y se escribe en la fórmula “se entrega xx por unidad de empaque” y el usuario firma en constancia de recibido.

Ejemplo 2: Se prescriben 50 tabletas de x medicamento, sin embargo, la unidad de empaque de este es frasco por 30, para este caso se entregan 60 tabletas y se escribe en la fórmula “se entrega xx por unidad de empaque”.

### **Topes de consumo**

Los topes de consumo para los convenios de capitación se encuentran establecido en dos frentes:

- Dispensación controlada de fórmulas de urgencias.
- Dispensación controlada de algunos medicamentos marcadores de los convenios de capitación.

#### Formula de urgencias:

Para las prescripciones de urgencias se realiza entrega para máximo cinco (5) días de tratamiento, excepto las prescripciones de antibióticos para los cuales se realiza la entrega completa de la prescripción.

#### Medicamentos marcadores de la capitación:

En esta variable se encuentran categorizados las restricciones en dispensación que tienen algunos convenios de capitación para algunos medicamentos, en los cuales no se realizan entregas por cantidades superiores a las determinadas, salvo que la fórmula médica pase por un proceso administrativo con el asegurador.

#### Casos en los cuales el usuario tiene una prescripción con las cantidades superiores a las establecidas en las topes:

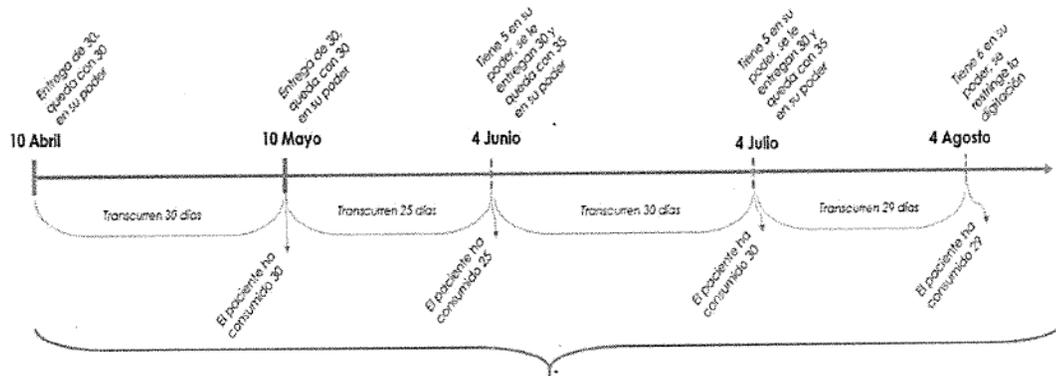
Se valida si la fórmula médica cumple con la condición administrativa establecida por la EPS para las dispensaciones por encima de los topes, de no ser así, se direcciona al usuario a la EPS para la generación de la autorización, en caso de contar con esta se realiza lo siguiente:

- Digitalizar la imagen, adjuntando el respectivo soporte y solicitando la apertura del tope.

### **Control de dosis**

- El principio para la aplicación del proceso de control de dosis, consiste en que al usuario no se le hace entrega de tratamiento para ciclos superiores a 30 días y la entrega de los meses subsiguientes no permitirá una holgura superior a cinco (5) días de tratamiento en poder del usuario.
- Al momento de la atención del usuario se valida en el sistema del prestador las últimas entregas realizadas al paciente y se calcula automáticamente de acuerdo a la dosis prescrita hasta que fecha el paciente cuenta con tratamiento, si el paciente cuenta con 5 o menos días, el sistema permite la entrega, si el paciente cuenta con medicamento para más de 5 días, el sistema genera una alerta y no permite continuar con la digitación.
- La reclamación por parte del usuario o su acudiente puede realizarse entre cinco días antes de que termine el tratamiento que tiene en su poder y hasta que culmine la vigencia de la fórmula médica.

- El cálculo que realiza el sistema del control de dosis es acumulativo, es decir, que si un paciente ha venido reclamando el día 10 de cada mes y se presenta el caso de que reclama el día 5 del mes, el sistema le va a permitir la digitación y que el siga reclamando el día 5, pero cada vez que el paciente reclame los días 5 del mes va tener 5 días de tratamiento en su poder, en ese orden de ideas si el paciente se acerca el día 4 del mes, el sistema no va a permitir la entrega por control de dosis.
- A continuación se muestra un ejemplo de cómo el sistema hace el cálculo de control de dosis acumulativo:



- Cuando en el sistema se realiza la validación, se indica al usuario la fecha hasta la cual cuenta con tratamiento e indicar la cantidad y la fecha en la que fue realizada la última entrega. Se visa la fórmula médica con el sello del prestador y la firma del funcionario que lo está atendiendo y marca al respaldo del documento, la fecha en la cual debe acercarse al centro de atención a reclamar los medicamentos.
- Se relacionan los casos en los cuales habiendo restricción por control de dosis se puede gestionar su entrega:
  - **Aumento de dosis:** al paciente lo venían formulando un medicamento xxx tableta de 120 mg con una dosificación de 2 tabletas diarias (60 tabletas mes), pero antes de cumplirse los treinta (30) días de su tratamiento, el médico le cambia la dosificación a 3 tabletas diarias por lo que le expide una nueva fórmula con estas nuevas condiciones de consumo.
  - **Viaje:** la EPS genera una carta autorizando la entrega por motivo de viaje para más de treinta (30) días.
  - **Error de digitación de la dosis:** en la entrega anterior el funcionario que atendió la fórmula comete un error al digitar la dosis. Ejemplo: en la fórmula se prescribe determinado medicamento en tabletas por 50 mg, 90 tabletas al día, tomar 1 cada 8 horas. El funcionario por error en dosis digita 1 ó 2, lo que automáticamente aumenta su fecha fin de tratamiento en el sistema, error que internamente es corregido por el dispensador.
  - **Formulas mezcladas con medicamentos con y sin restricción por control de dosis:** cuando la fórmula contenga varios medicamentos y de acuerdo al histórico de entregas se evidencia que éste cuenta con existencia de alguno de los medicamentos por más de 5 días, el funcionario debe informar al usuario la imposibilidad de entregarle el medicamento de acuerdo a la información de la alerta.
  - En este último caso se cobra la cuota moderadora de todos los medicamentos contenidos en la fórmula y se escribe en la de la fórmula del paciente la fecha en que puede acercarse a reclamar el o los medicamentos faltantes y registrar el número de fórmula donde se hizo el cobro de la cuota moderadora. Cuando el usuario vuelva en la fecha correspondiente a reclamar el o los medicamentos faltantes, se digita en el sistema del prestador la diferencia de la cuota moderadora y el soporte de esta entrega es la fórmula generada por el sistema, la cual firma el usuario como constancia de recibido.
  - En los casos en los que a pesar de recalcular la nueva fecha fin de tratamiento por aumento de dosis por error de digitación, el usuario aun cuenta con tratamiento para más de cinco

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 50 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

(5) días, NO se puede efectuar la entrega de los medicamentos, se visa la fórmula médica con el sello del prestador y la firma del funcionario que lo está atendiendo e indica en el documento la fecha en la cual debe acercarse al centro de atención a realizar la reclamación de sus medicamentos.

### **Constancia de recibido**

La constancia de recibido corresponde a la firma con número de documento de identidad al respaldo de la fórmula del medicamento. En caso de generarse enmendadura en el registro, se le solicita al usuario o acudiente que registre nuevamente los datos en el mismo soporte.

### **Prestación del servicio**

- Cuando el usuario egresa de la consulta pueden presentarse tres posibilidades:
  - El medicamento es pos, el usuario se direcciona directamente a la farmacia.
  - El medicamento es pos condicionado (POS), por lo cual el usuario se direcciona al punto de atención integral de la EPS donde se genera una autorización para el usuario y se direcciona a la farmacia.
  - El medicamento es pos condicionado (NO POS), para este caso es aplicable la prescripción a través de la plataforma web MIPRES. En caso de ser un MIPRES priorizado el usuario se acerca a la farmacia en 48 horas y si es no priorizado en cinco (5) días hábiles.
- Cuando el usuario se encuentra en estado de afiliación suspendido y se encuentra en estado de gestación, es menor de edad o padece patología crónica que tenga tratamiento en curso, debe direccionarse al PAI (punto de atención integral) de la EPS para que se solicite a gestión de afiliaciones la modificación del estado de afiliación, se genere la autorización por parte de la EPS y posteriormente se dirija a la farmacia con ésta para reclamar el medicamento.
- Los medicamentos no incluidos en la capitación se dispensan a través del contrato de evento.

### **Autorizaciones**

- La cápita no requiere autorización, a menos que:
  - Se solicite por la EPS la dispensación de una marca específica del medicamento.
  - El medicamento sea pos condicionado.
  - El medicamento tenga un tope establecido y se esté solicitando una cantidad superior al tope.
  - Se vaya a entregar una cantidad superior a la del mes por motivo de viaje o aumento de dosis.

### **Gestión de la información**

- La EPS entrega la base de datos de los usuarios el quinto (5) día hábil de cada mes en el canal FTP acordado entre las partes.
- En caso de no encontrar el usuario en la base de datos se debe consultar en la página web de Comfenalco, ingresando al aplicativo designado por la EPS.
- Si definitivamente no se encontró al usuario o aparece información inconsistente de acuerdo a lo reportado por el usuario, se remite el caso al área de aclaraciones de la EPS.
- El prestador entrega antes del día 25 de cada mes vencido la relación de los consumos de medicamentos de acuerdo a la estructura acordada entre las partes en el canal FTP, esta contiene la siguiente información:
  - Código EPS

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 51 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

- Tipo plan convenio
  - Tipo de contratación
  - Nombre subcuenta
  - Nombre CAF
  - Nit del prestador
  - Dígito de verificación
  - Fecha de dispensación
  - Número de autorización fórmula
  - Tipo identificación del usuario
  - Número de identificación del usuario
  - Fecha de nacimiento
  - Código del departamento
    - Código del municipio
- El prestador de acuerdo a lo establecido en la ley 019 de 2012 (ley antitramites) y la resolución 1604 de 2013, con énfasis en los artículos 7 al 10, reporta a más tardar los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes siguiente, la relación de fórmulas que por alguna circunstancia no fueron entregadas total o parcialmente en el momento de la solicitud, este reporte debe incluir:
    - Nombre, tipo, número de identificación y género del afiliado
    - Datos de domicilio, ciudad, departamento y teléfono del afiliado
    - Nombre y código de la EPS
    - Información de los medicamentos prescritos: nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, frecuencia y duración del tratamiento.
    - Cantidad prescrita y cantidad entregada del medicamento
    - Diagnóstico principal y relacionado del afiliado
    - Fecha de prescripción de los medicamentos
    - Fecha de autorización de entrega de los medicamentos
    - Número de registro de entrega a satisfacción del afiliado
    - Registro de los usuarios que no autorizan la entrega de medicamentos en el lugar de residencia o trabajo así como la cantidad de medicamento pendiente de entrega.
    - Fecha efectiva de la entrega.
    - Días transcurridos para la entrega del pendiente.
    - Código interno asignado por la IPS para el medicamento.

### Copagos y/o cuotas moderadoras

El prestador recauda en los casos en los que haya lugar las cuotas moderadoras y/o copagos, el monto recaudado hace parte del ingreso del prestador, teniendo en cuenta que el mismo se encuentra incluido en el valor de la cápita. Este se realiza de acuerdo al plan al que pertenezca el usuario

Para el cobro de cuotas moderadoras y copagos se tiene en cuenta las siguientes situaciones:

- **Fórmulas de pacientes cuyo nivel o estrato reportado en la base de datos del prestador, difiera del reportado en fórmula médica o medio validador alternativo en el momento de la prestación del servicio:** el cobro de la cuota moderadora se efectúa con base en la información entregada por el sistema del prestador, para los casos en los cuales en el momento de la prestación de servicio el nivel o estrato del usuario difiera del reportado en la base de datos, previa confrontación de los medios alternos de validación definidos, se debe realizar la digitación e identificar al respaldo de la misma el medio y los datos de validación.
- **Fórmulas identificadas físicamente como exentas de pago, acorde a lo definido por la normatividad vigente:** se digitan todas las fórmulas que sean identificadas como exentas por el

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 52 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

asegurador de manera física, ya sean sellos generales de exentos, sellos de programas de detección temprana y protección específica, formulas donde se indique valor cero \$0.

- **Fórmulas correspondientes a únicos actos médicos:** el cobro de la cuota moderadora de diferentes fórmulas correspondiente a un mismo acto médico (misma fecha, mismo prescriptor), se hace cobro de una sola cuota moderadora correspondiente al medicamento con mayor costo. Esta actividad aplica para los casos de pacientes que realicen reclamación de las fórmulas de un mismo acto médico en diferentes centros de atención así:
  - Se realiza el cobro de la cuota moderadora en el primer punto de dispensación al que el usuario acuda, conservar por parte del usuario el recibo de pago de la cuota moderadora.
  - Desplazarse al otro punto de dispensación y presentar la formula el recibo de pago original o copia del mismo, el cual debe ser facilitado por el usuario.

Esta actividad aplica cuando en un mismo acto médico se le prescriban al paciente medicamentos capitados y POS no capitados en formulas independientes:

- Digitar las dos fórmulas en el sistema bajo el mismo consecutivo para que se genere un solo cobro de cuota moderadora.

El cobro de cuotas moderadoras y copagos para la población con enfermedades de Alto Costo y Catastróficas determinadas en el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social, se aplicarán así:

“Artículo 7°. SERVICIOS SUJETOS AL COBRO DE COPAGOS. Deben aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente”

Se debe tomar en cuenta la normatividad legal vigente relacionada donde se encuentra la Resolución 3974 de 2009 que define las consideradas enfermedades de alto costo así:

“Artículo 1 °. ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Para los efectos del artículo 1o del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes:

- a) Cáncer de cérvix
- b) Cáncer de mama
- c) Cáncer de estómago
- d) Cáncer de colon y recto
- e) Cáncer de próstata
- f) Leucemia linfoide aguda
- g) Leucemia mieloide aguda
- h) Linfoma hodgkin
- i) Linfoma no hodgkin
- j) Epilepsia
- k) Artritis reumatoidea
- l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).”

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 53 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

Es decir que los pacientes que padecen estas patologías no deben ser sometidos al cobro de copagos para ningún servicio relacionado con su patología.

Así mismo la resolución 6408 de 2016 indica en su título VI cuáles son los servicios no objeto de cobro de copago por ser considerados de alto costo de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo:

**a. Alto Costo Régimen Contributivo:**

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
5. Reemplazos articulares.
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.
7. Manejo del trauma mayor.
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA.
9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas

**b. Alto Costo Régimen Subsidiado:**

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA.
8. Pacientes con cáncer.
9. Reemplazos articulares.

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 54 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.

11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

12. Manejo del trauma mayor.”

Así mismo se debe atender lo definido en la Circular 016 de 2014 y la Circular Externa 4 de 2014.

### **Facturación y pago**

El prestador radica en la oficina de cuentas salud la carta de facturación enviada por la EPS en los primeros quince (15) – veinte (20) días del mismo mes a radicar.

### **Indicadores de resultados**

Se establecen dos indicadores:

- Número de pendientes mes que cumplen con la entrega en máximo 48 horas / Numero de pendientes totales mes \*100%.
- Número de fórmulas marcadas con pendiente mes / Número de fórmulas totales entregadas mes \*100%

### **Pago por cápita de tecnologías y servicios:**

Se contrata por capitación los servicios de baja complejidad; para las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, la contratación se hace con base en indicadores y evaluación de resultados.

### **Pago por caso:**

Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

### **Generalidades:**

- Fortalece el nivel de atención a través de la formación continua de su equipo de salud, la estandarización de procesos en el manejo de las patologías y articulación entre los diferentes niveles de complejidad.
- Promueve hábitos de vida saludable y factores protectores para la salud en la población objeto de atención.
- Diagnostica e interviene tempranamente los factores de riesgo que pueden ocasionar complicaciones en la población asignada.
- Favorece la oportunidad, accesibilidad y adherencia de los usuarios a los diferentes programas.
- Estandariza los procesos que intervienen en la atención del usuario con fortalecimiento de estrategias sobre seguridad del paciente.
- Reduce la morbilidad y mortalidad de la población asignada por la EPS.
- Participa en espacios de capacitación en la red básica de prestadores.
- Disminuye los costos asociados a la no calidad, representados en hospitalizaciones evitables, requerimientos de servicios de alta complejidad, discapacidad y muerte prematura.

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
|  | POL_CDR_001                     | Página 55 de 58  |
|   | <b>POLITICA DE CONTRATACION</b> | <b>VERSIÓN 4</b> |

- Identifica las frecuencias de uso por servicio e interviene aquellas donde se evidencia uso excesivo de los servicios sin pertinencia médica
- Las autorizaciones se generan por proceso cerrado entre el prestador y la EPS.

**Cobertura:** Se incluyen todas las atenciones contempladas en el modelo de atención según, diagnóstico, grupo relacionado por diagnóstico o un evento en salud.

**NOTA:** Los procesos de atención al usuario, autorizaciones, gestión de la Información, recobros y medicamentos e insumos será de acuerdo al modelo de atención convenido según la población objeto del contrato.

#### 4 DOCUMENTOS DE REFERENCIA INTERNOS Y EXTERNOS

| CODIGO<br>(cuando aplique) | NOMBRE DEL DOCUMENTO                     | INTERNO | EXTERNO | GENERADO POR               |
|----------------------------|--|---------|---------|----------------------------|
|                            | Instructivo interventoría administrativa | X       |         |                            |
| FOR CAL 001                | Acta de reunión interna                  | X       |         | Gestión de calidad         |
| POL MSA 002                | Modelo de salud                          | X       |         | Gestión de modelo de salud |

#### 5 ANEXOS

| ANEXO | DESCRIPCION | PAGINA |
|-------|-------------|--------|
|       | No aplica   |        |

| CONTROL DE CAMBIOS |                            |       |                |       |                |       |              |
|--------------------|----------------------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|--------------|
| Ver.               | ELABORACIÓN O MODIFICACIÓN |       | REVISIÓN       |       | APROBACIÓN     |       | MODIFICACIÓN |
|                    | NOMBRE Y CARGO             | FECHA | NOMBRE Y CARGO | FECHA | NOMBRE Y CARGO | FECHA |              |
|                    |                            |       |                |       |                |       |              |

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 56 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

|    |   |            |  |            |   |            |   |
|----|---|------------|--|------------|---|------------|---|
| 0  | <p>Paola A Guerrero (Profesional habilitación)</p> <p>Marisol Jennifer Torres (Coordinador a sistemas de información)</p> <p>Sandra V Cardenas R (Profesional contrataciones)</p> | 21/08/2018 | <p>Lina Vanessa Morales Morales (Gerente Servicios de Salud)</p> | 24/08/2018 | <p>Julian Guillermo Guerra Camargo (Director de servicios de Salud)</p> | 24/08/2018 | Lanzamiento   |
| 1  | <p>Sandra V Cardenas R (Profesional contrataciones)</p> <p>Paola A Guerrero (Profesional habilitación)</p>  | 25/11/2019 | <p>Lina Vanessa Morales Morales (Gerente Servicios de Salud)</p> | 25/11/2019 | <p>Julián Guillermo Guerra Camargo (Director de servicios de Salud)</p> | 25/11/2019 | <p>Modificación se adicionan las exclusiones de presentación de prestadores en el comité de proveedores.</p> <p>Se adicionan las políticas de incremento de la UPC.</p> |
| 2  | <p>Sandra V Cardenas R (Profesional contrataciones)</p> <p>Paola A Guerrero (Profesional habilitación)</p>  | 21/05/2020 | <p>Lina Vanessa Morales Morales (Gerente Servicios de Salud)</p> | 21/05/2020 | <p>Julián Guillermo Guerra Camargo (Director de servicios de Salud)</p> | 21/05/2020 | <p>Modificación: se adiciona política respecto a la aceptación de pólizas de responsabilidad civil médica, Logo, plantilla</p>  |
| 3. | <p>Sandra V Cardenas R (Profesional contrataciones)</p>   | 18/09/2020 | <p>Lina Vanessa Morales Morales (Gerente Servicios de Salud)</p> | 18/09/2020 | <p>Julián Guillermo Guerra Camargo (Director de servicios de Salud)</p> | 18/09/2020 | <p>Adiciona política e contratación ANEXO B descuentos por entregables</p>  |

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 57 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

|    |   |            |  |            |   |            |   |
|----|---|------------|--|------------|---|------------|---|
| 4. | Sandra V Cardenas R<br>(Profesional contrataciones) | 02/03/2021 | Lina Vanessa Morales Morales<br>(Gerente Servicios de Salud) | 02/03/2021 | Julián Guillermo Guerra Camargo<br>(Director de servicios de Salud) | 02/03/2021 | <p>Se ajusta el cambio en nombre del cargo de la Gerencia de Servicios de Salud por Gerencia de Aseguramiento. Se adiciona la política de solicitudes Jurídicas en aplicativo Comjurídico</p> <p>Se adiciona política de responsable en legalización contrato</p> <p>Se adiciona política asignación número de contrato de acuerdo a lo asignado por aplicativo Comjurídico</p> <p>Se ajusta nombre de los cargos en los integrantes del comité de proveedores así Gerencia de Gestión Salud (se retira) Gerente Coordinación jurídica salud se ajusta por Jefe Jurídico Salud, Coordinación de sistemas de información se ajusta por Gerente Tecnología y Sistemas de información, se adiciona Gerente Administrativo y Financiero y Gerencia de Prestación.</p> <p>Se adiciona política respecto al registro en el Acta de la ausencia justificada de asistentes al comité de proveedores</p> <p>Se modifica política</p> <p>Todo proveedor que tenga contrato debe contar con una calificación</p> |
|----|---|------------|--|------------|---|------------|---|

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
|  | POL_CDR_001              | Página 58 de 58 |
|   | POLITICA DE CONTRATACION | VERSIÓN 4       |

|  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  |  |  | <p>técnica y administrativa periódica generada por los interventores del contrato”; quedando de la siguiente forma Los proveedores definidos para la realización de la interventoría técnica y/o administrativa deben contar con una calificación técnica y administrativa periódica generada por los interventores del contrato.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|