

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

CONTROL DE CAMBIOS

Act.	Fecha	Páginas	Descripción
01	2012.feb.09	--	Lanzamiento
02	2015.abr.24	-	Se actualiza de acuerdo a las políticas actuales de contratación.
03	2016.sep.15		Se actualiza el documento
04	2017.may.19	Todos	<ul style="list-style-type: none"> Se actualiza la codificación del procedimiento de acuerdo a la nueva estructura del sistema Se actualiza la denominación de los cargos de acuerdo a la nueva estructura organizacional.
05	2017.nov.01	Todos	<ul style="list-style-type: none"> Se actualiza el documento de acuerdo a la operación actual de la organización
06	2017.nov.16		<ul style="list-style-type: none"> Se actualizan las pólizas de garantía.
07	2017.dic.04	14-31	<ul style="list-style-type: none"> Se actualiza modalidades de contratación y anexos.
08	2018.oct.03	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Se revisa y actualiza el documento de acuerdo a los lineamientos de las RIPSS.
09	2019.mar.06	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Se revisa y actualiza el documento de acuerdo con los lineamientos de las RIPSS
10	2019.jul.30	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Se revisan y actualizan las actividades del manual
11	2020.mar.30	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Se revisan y actualiza a normatividad vigente
12	2020.jul.30	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Se modifico el ítem 8. GARANTIA DE CONTRATOS Se modificaron los ítems 23. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO, 24. DECLARACION DE ORIGENES DE FONDO, 25. CONFIABILIDAD, 26. POLITICA DE DERECHOS HUMANOS, 27. SEGURIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS Se modifico el ítem 18.
13	2021.jul.12	-	<ul style="list-style-type: none"> Se revisa y ajusta el documento

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 1 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN	5
2	OBJETIVOS.....	5
2.1	General.....	5
2.2	Específicos.....	5
3	PRINCIPIOS GENERALES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	5
4	RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD- RIAS.....	7
5	GUIAS, PROTOCOLOS y NORMAS TÉCNICAS.....	7
6	PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	9
7	RÉGIMEN JURÍDICO DE LOS CONTRATOS	10
8	GARANTIAS DE LOS CONTRATOS.....	11
9	MECANISMOS DE CONTRATACION: REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS	13
9.1	Por parte de los prestadores de servicios de salud	13
9.2	Por parte de Coosalud EPS.....	13
10	SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO.....	15
10.1	Servicios incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.....	15
10.2	Tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC.....	15
10.3	Servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud con cargo a la upc (no PBS) en el régimen subsidiado contributivo por MIPRES.....	16
11	PORTABILIDAD	19
12	CONTRATACIÓN DE SERVICIOS.....	20
12.1	Políticas de Contratación	20
12.2	LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS PROCESOS.....	20
12.3	Acuerdos de servicios en la contratación	20
12.4	Codificación de los servicios en la contratación	21
12.5	Selección de prestadores.....	22
12.6	Convocatoria publica	22
12.7	Verificacion de condiciones técnico científicas de habilitacion.....	22
13	MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO Y PAGO	23
13.1	Condiciones mínimas.....	23
13.2	Mecanismos de reconocimiento	24

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 2 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

13.2.1	Cartas de Intención	24
13.2.2	Acuerdo de Voluntades	24
13.2.3	Contrato por capitación	25
13.2.4	Presupuesto Global Ajustado Por Condición Médica	26
13.2.5	Contrato por Paquete de Atención Integral	27
13.2.6	Contrato por Pago Global Prospectivo (PGP)	28
13.2.7	Contrato integral por episodio clínico	29
13.2.8	Contrato por Pago por Servicio.....	29
13.3	Forma de pago	30
13.3.1	Pago por capitación.	30
13.3.2	Pago por presupuesto integral ajustado a condición médica, PGP, Episodio clínico y paquetes de atención integral.....	30
13.3.3	Pago por Servicio	30
13.3.4	Forma de pago según tipo de contrato	30
14	INDUCCIÓN A PRESTADORES	31
15	MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE LA RED.....	32
15.1	Seguimiento a Indicadores de desempeño	32
15.2	Mecanismos de retroalimentación.....	32
15.3	Planificación.....	33
15.4	Adquisición	33
15.5	Administración y control de los recursos humanos, tecnicos, financieros y fisicos	33
15.5.1	Prestación de servicios	33
15.5.2	Operación y desempeño de la red.....	34
15.5.3	Recursos humanos.....	34
15.5.4	Recursos financieros	34
15.5.5	Sistemas de información.....	34
15.5.6	Infraestructura Física	35
15.5.7	Infraestructura de comunicaciones	35
15.6	Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “Triage”	36
15.7	Comprobación de derechos de los afiliados.....	37
15.8	Informe de la atención inicial de urgencias.....	39

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 3 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

15.9	Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio	39
15.10	Servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.....	39
15.11	Servicios electivos	40
15.12	Proceso de referencia y contrarreferencia	40
15.13	Atención ambulatoria	41
15.14	Atención con internación.....	41
15.15	Atención domiciliaria	41
16	Puerta de entrada del sistema.....	42
16.1	Acceso a servicios Componente Primario.....	42
16.2	Servicios Componente Complementario	43
16.3	Telemedicina.....	46
16.4	Garantía de servicios en el municipio de residencia	46
16.5	Atención servicios oncológico y cuidados paliativos	46
16.6	Portabilidad y movilidad	47
17	RECEPCIÓN DE CUENTAS	48
17.1	Trámite de Facturas	48
17.2	Trámite de reclamaciones (objeciones y glosas)	48
18	SUPERVISIÓN DEL CONTRATO Y AUDITORÍA	48
18.1	Estándares de cobertura, oportunidad y resolutiveidad.....	49
19	INCENTIVOS ORIENTADOS A RESULTADOS	51
20	CONTROVERSIAS CONTRACTUALES.....	52
21	CESIÓN DEL CONTRATO	52
22	LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO	52
23	CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.....	53
24	DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS.....	53
25	CONFIDENCIALIDAD	54
26	POLITICA DE DERECHOS HUMANOS	54
27	SEGURIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS:.....	54
	ANEXO - GLOSARIO DE TERMINOS	54

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 4 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

1 PRESENTACIÓN

El manual de contratación de servicios de salud define las políticas de contratación, la definición de modalidades y su aplicación, los mecanismos operativos para el desarrollo del ciclo integral de la contratación, los esquemas de supervisión y auditoría integral de los servicios, los aspectos inherentes a la presentación de la facturación, y las pautas para dirimir los conflictos entre las partes. El presente documento se soporta en las normas vigentes que establecen las relaciones entre prestadores y pagadores en el sistema de salud.

2 OBJETIVOS

2.1 General

El objetivo del manual de contratación de servicios de salud es establecer las condiciones, procesos y aspectos operativos que rigen la relación contractual entre las partes.

2.2 Específicos

Para lograr el objetivo general, procuramos que el presente manual alcance los siguientes objetivos específicos:

1. Delimitar el alcance de las obligaciones de cada una de las partes del contrato.
2. Determinar el alcance técnico de la prestación de los servicios contratados y del proceso de atención de los afiliados.
3. Aclarar cualquier término o expresión que pudiera inducir a error o mala interpretación en la ejecución de contrato por no contar con una definición precisa.

3 PRINCIPIOS GENERALES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los principios enunciados a continuación se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

INTEGRALIDAD: Toda tecnología en salud contenida en el el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

TERRITORIALIDAD: Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 5 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

COMPLEMENTARIEDAD: Las acciones contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas de otros Planes de Beneficios o programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sectores distintos al de salud

TRANSPARENCIA: Los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participan en la aplicación, seguimiento y evaluación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deben actuar de manera proba e íntegra, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad vigente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, conforme a lo previsto en el presente acto administrativo.

COMPETENCIA: Para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la evidencia científica.

CORRESPONSABILIDAD: El usuario debe ser responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante y demás miembros del equipo de salud, incluyendo el autocuidado de su salud, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad y propender por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

CALIDAD: La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente. Estas tecnologías en salud se deben prestar en servicios habilitados por la autoridad competente, cumpliendo con los estándares de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, satisfacción del usuario establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

UNIVERSALIDAD: Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

CONTIGUIDAD: Se debe tener en cuenta el principio de contigüidad que permite la atención de los afiliados en los municipios cercanos cuando el de origen no tiene el servicio requerido.

PORTABILIDAD: Es un mecanismo con que cuentan los afiliados a una entidad promotora de salud –EPS, para tener acceso a los servicios de salud en una institución prestadora de servicios de salud -IPS primaria, en cualquier municipio del territorio nacional diferente a aquel donde se encuentra su sitio habitual de residencia. De esta manera, cuando un afiliado y/o núcleo familiar cambie su sitio de residencia de manera ocasional o temporal, por un periodo superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), por razones de estudio, laborales o de otra índole, él, deberá infórmale a la EPS en la que se encuentre afiliado su nueva ubicación, con el fin de que ésta le garantice el acceso a los servicios básicos de salud en el nuevo lugar de residencia.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 6 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

[FUERA DE LA INTRANET ES COPIA NO CONTROLADA]

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

MOVILIDAD: Es el mecanismo que permite a los afiliados continuar inscritos en la misma EPS, así:

- Si está afiliado al Régimen Subsidiado y consigue empleo puede permanecer en la misma EPS con su núcleo familiar, para lo cual, debe informar a su empleador y éste, reportar a la EPS la novedad de movilidad.
- Si está afiliado al Régimen Contributivo y pierde su capacidad de pago y se encuentra en los niveles I o II del SISBEN, puede permanecer en la misma EPS con su núcleo familiar, para lo cual, deberá reportar a la EPS la novedad de movilidad

4 RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD- RIAS

COOSALUD EPS adopta las Rutas integrales de atención en salud - RIAS, reguladas por el Ministerio de Salud y de Protección Social de acuerdo a los grupos de riesgo identificados a gestionar por la EPS, entre las que podemos mencionar:

- Cuidado, promoción y mantenimiento de la salud
- Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
- Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
- Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
- Población con riesgo o presencia de cáncer (Oncológico)
- Población en condición materno – perinatal

Cabe anotar que, la adopción de estas rutas se encuentra documentadas en MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES-RIAS.

5 GUIAS, PROTOCOLOS y NORMAS TÉCNICAS

COOSALUD EPS adopta las guías de práctica clínica, Normas técnicas para el desarrollo de las acciones de Protección Específica y Detección Temprana y la Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y Protocolos Clínicos del Ministerio de Salud y Protección Social para la atención de sus afiliados en las IPS de la red integral de prestadores de servicios de salud. Están publicadas en el portal de calidad de COOSALUD y en la página web del ministerio para consulta.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

- Guía de artritis idiopática juvenil
- Guía de artritis reumatoide
- Guía de ataque cerebrovascular isquémico
- Guía de Atención y Seguimiento de Niños y Niñas con Diagnóstico de Asma
- Guía de Cáncer de Colon y Recto

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 7 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- Guía de Cáncer de Mama
- Guía de cáncer de piel - actínica queratosis
- Guía de cáncer de piel - basal
- Guía de cáncer de piel - escamosas
- Guía de Cáncer de Próstata
- Guía de Depresión en Adultos
- Guía de distrofia muscular
- Guía de epilepsia
- Guía de EPOC
- Guía de esquizofrenia
- Guía de fibrosis quística
- Guía de Hipertensión Arterial Primaria (HTA)
- Guía de Infecciones de Transmisión Sexual
- Guía de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Guía de la Enfermedad Diarreica Aguda en Niños Menores de 5 años
- Guía de Linfoma de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin en Niños, Niñas y Adolescentes
- Guía de neumonía en menores de 5 años
- Guía de Pacientes con Abuso del Alcohol
- Guía de sífilis gestacional - congénita
- Guía de Síndrome Coronario Agudo
- Guía de tosferina
- Guía de trauma craneoencefálico
- Guía de VIH/SIDA adolescentes y adultos
- Guía de VIH/SIDA niños y niñas
- Guía del Recién Nacido con Asfixia Perinatal
- Guía del Recién Nacido con Sepsis Neonatal Temprana
- Guía del Recién Nacido con Transtorno Respiratorio
- Guía del Recién Nacido Prematuro
- Guía del Recién Nacido Sano
- Guía Leucemia Linfoide Aguda y Leucemia Mieloide Aguda en Niños, Niñas y Adolescentes
- Guía para la Detección de Anomalías Congénitas en el Recién Nacido
- Guía para la Detección de las Complicaciones del Embarazo.
- Guías para la atención de pacientes en cuidados paliativos.
- Otras guías para la atención en salud de la población a cargo

Cabe anotar que, estas guías se encuentran publicadas en el siguiente link de la página web de Coosalud:
<http://www.coosalud.com/documentos-tecnicos-ripss/#guiasdepracticaclinica>.

PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA:

- Accidente ofídico
- Bajo peso al nacer

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 8 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- Cáncer de mama y cuello uterino
- Cáncer en menores de 18 años
- Chagas
- Chikunguña
- Cólera
- Consumo sustancias psicoactivas
- Datos básicos y otros eventos
- Defectos congénitos
- Dengue
- Desnutrición en menores de 5 años
- Difteria
- EDA
- Encefalitis equina
- Enfermedad de Creutzfeldt Jakob
- Enfermedad transmitida por alimentos
- Enfermedades huérfanas o raras
- Evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización
- Exposición a flúor
- Fiebre amarilla
- Fiebre tifoidea y paratifoidea
- Hepatitis A
- Hepatitis B y C
- Infección respiratoria aguda
- Infecciones asociadas a la atención en Salud
- Intento de suicidio
- Intoxicaciones
- Leishmaniasis
- Lepra

Cabe anotar que, estos protocolos de vigilancia en salud pública se encuentran publicadas en el siguiente link de la página web del Instituto Nacional de Salud: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/masivos/Protocolos%20eventos%20SP%20INS.rar>

6 PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el propósito de organizar la operación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud COOSALUD EPS planifica cada uno de los procesos necesarios para la prestación de los servicios de salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad. Esta planificación inicia con la estimación de la demanda y el análisis de la oferta de servicios para poder identificar las brechas y establecer las acciones necesarias para la minimización de las mismas. Durante la

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 9 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

etapa de planificación de la red se tiene en cuenta todos los componentes para garantizar la coherencia y secuencia que posibilite contar con los mecanismos para el seguimiento a la red.

Dentro de este proceso de planificación de la prestación de los servicios de salud se tiene en cuenta la normatividad vigente, la población afiliada y el ámbito territorial de los departamentos y municipios autorizados para operar. Igualmente, se cuenta con los recursos humanos, físicos, técnicos y financieros necesarios para la efectiva implementación de la estrategia para garantizar accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad.

7 RÉGIMEN JURÍDICO DE LOS CONTRATOS

Los contratos de prestación de servicios se registrarán por el siguiente marco normativo:

- Ley 100 de 1993.
- Ley 1122 de 2007.
- Código civil y Código General del Proceso
- Jurisprudencia de la Corte Constitucional y del Consejo de Estado para la atención en salud y los servicios de salud.
- Decreto 4747 de 2007.
 - Resolución 3047 de 2008.
 - ✓ Anexo 1. Res 3047 Informe Posibles inconsistencias en base de datos de afiliados.
 - ✓ Anexo 2. Resolución 3047 Informe de la atención inicial de urgencias.
 - ✓ Anexo 3. Resolución 3047 Solicitud Autorización de servicios de salud
 - ✓ Anexo 4. Resolución 3047 Autorización de servicios de salud.
 - ✓ Anexo 5. Resolución 3047 Soporte de Factura.
 - ✓ Anexo 6. Resolución 3047 Manual único de glosas devoluciones y respuestas unificado Resolución 416/2009.
 - ✓ Anexo 7. Resolución 3047 Estándares de datos para los anexos 1, 2, 3 y 4.
 - ✓ Anexo 8. Resolución 3047 Registro conjunto de trazabilidad de la factura Las demás normas que modifiquen a las anteriores o las sustituyan.
- Ley 1438 de 2011.
- Resolución 2003 de 2014
- Ley 1751 de 2015
- Resolución 0256 de 2016
- Resolución 5975 de 2016
- Resolución 1441 de 2016
- Resolución 5269 de 2017
- Resolución 5265 de 2018
- Resolución 651 de 2018
- Resolución 3280 de 2018
- Resolución 276 de 2019
- Resolución 3512 de 2019

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 10 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

8 GARANTIAS DE LOS CONTRATOS

Que COOSALUD EPS se rige por el régimen de DERECHO PRIVADO, Artículo 1602 del Código Civil Colombiano. Principio de “PACTA SUNT SERVADA”, versa sobre el DERECHO A LA AUTONOMIA PRIVADA, adoptada por Colombia con el nombre de EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES, el cual se encuentra contemplada en el artículo 1603 del Código Civil Colombiano: *“Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.”*

CONCEPTO No. 201711600434541 DEL 09-03-2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. Las Entidades Promotoras de Salud – EPS, sean de carácter público, privado o mixto, al gozar de personería jurídica y tener su propia organización administrativa y financiera, requieren para la prestación de sus servicios como EPS, autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, previo el cumplimiento de los requisitos exigidos para el efecto y en materia de contratación se encuentran reguladas por el Capítulo 4 Título 3 “Prestadores de Servicios de Salud de la Parte 5, Reglas Para Aseguradores y Prestadores de Servicios de Salud del Decreto 780 de 2016, donde frente a lo consultado en los artículos 2.5.3.4.1, 2.5.3.4.2 y 2.5.3.4.5” y en ello no se prevé para el prestador de servicios de salud suscripción de pólizas.

Se indicó en el Concepto que “la contratación entre Entidades Promotoras de Salud e instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se rige por el derecho privado, por lo que no le son aplicables las normas previstas en la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios, razón por la que no habría obligatoriedad de incluir las pólizas de cumplimiento a que alude el ESTATUTO GENERAL DE LA CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA”.

Así las cosas, queda a la voluntad de las partes, esto es, entre la Entidad Promotora de Salud y la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la suscripción o no de pólizas, teniendo en cuenta que el Decreto 780 de 2016, no establece que estas sean requisito para que se pueda llevar a cabo la suscripción de contratos y/o acuerdos de voluntades entre los actores del sistema.

Es claro que entre la EPS (Entidad Promotora de Salud) y la Institución Prestadora de Servicios de Salud (públicas o privadas), la suscripción o no de pólizas, queda atada a la AUTONOMIA PRIVADA DE LAS PARTE, y estas no son un requisito sine qua non para que se pueda llevar a cabo la suscripción, ejecución y liquidación de contratos dentro del sistema de salud, tal como lo establece el decreto 780 de 2016.

Ahora bien, en cuanto a la póliza requeridos en los Contratos de prestación de servicios de Salud, el contratista IPS / ESE constituirá a favor del contratante, a sus costas y ante una compañía Aseguradora debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, garantía única o póliza global con la que ostente que avale:

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 11 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA. El CONTRATISTA se obliga a entregar a EL CONTRATANTE la póliza de responsabilidad civil profesional con que cuenta, con el objeto de amparar eventuales reclamaciones por parte de los usuarios con ocasión de los servicios que ofrece el CONTRATISTA, por cualquier daño que se genere en el proceso de atención por la inadecuada prestación del servicio de sus profesionales, o por las condiciones de la tecnología, Infraestructura, medicación, parque automotor y demás generados dentro de la prestación del servicio médico contratado. El asegurado será el CONTRATISTA y los beneficiarios, los terceros afectados y/o EL CONTRATANTE. EL CONTRATISTA se obliga a mantener vigente durante la permanencia del contrato una póliza general de responsabilidad civil contractual y extracontractual, expedida por una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, cuya póliza matriz haya sido aprobada por la Superintendencia Financiera. Para tal efecto, EL CONTRATISTA anexa la póliza que posee para garantizar los eventuales perjuicios a sus pacientes, con su correspondiente recibo de pago; así mismo, debe remitirle copia de las renovaciones, prorrogas, modificaciones y ampliaciones que se surtan en el futuro, dentro de los cinco (5) días siguientes de generado el hecho. Los daños y perjuicios que EL CONTRATISTA, su personal o sus subcontratistas, ocasionen en desarrollo del presente contrato, a terceros y/o a EL CONTRATANTE, funcionarios, empleados y agentes. PARÁGRAFO. En el Evento que el CONTRATISTA no constituya las GARANTIAS exigidas en este contrato, no las amplíe, no las reponga cuando estas expiren o no cancele debidamente las PRIMAS de seguro, este se obliga a responder civil, administrativa y penalmente, por todos los perjuicios que por acción u omisión y que por la ejecución de este contrato puedan ocasionarse a los afiliados de EL CONTRATANTE y a pagar a este las sumas a las que eventualmente sea condenado judicialmente o sancionado por las autoridades competentes como consecuencia de la prestación del servicio a cargo de EL CONTRATISTA u omisión en la prestación del servicio. El CONTRATISTA será responsable frente a EL CONTRATANTE y frente a cualquier tercero por la calidad del servicio, al igual que por la idoneidad y profesionalismo del personal que lo preste, bajo el entendido que ello no supone delegación del riesgo del aseguramiento en los términos señalados en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007; así, en aplicación de lo dispuesto en los artículos 1604 y 2341 del Código Civil en lo pertinente, asumirá la responsabilidad que se derive de lo anterior, así como aquella que legalmente le corresponda, incluyendo perjuicios patrimoniales, morales, fisiológicos y de cualquier otra naturaleza que determine la ley y/o jurisprudencia que pudieran derivarse de los actos u omisiones, incluidas las complicaciones que le sean imputables por acción u omisión, tanto del personal médico y paramédico a los cuales encomiende la prestación de los servicios de salud, así como de su personal administrativa; respecto de lo anterior, los integrantes de la Unión Temporal que integran al CONTRATISTA serán solidariamente responsables frente a EL CONTRATANTE. En todo caso, EL CONTRATANTE podrá repetir contra el CONTRATISTA o recobrarle las sumas a las que eventualmente sea condenada judicialmente o sancionada por las autoridades competentes o, en general, por aquellos conceptos por los cuales EL CONTRATANTE debiera responder por cuenta de sanciones, fallos, conciliaciones, transacciones, amigables composiciones, laudos arbitrales, entre otros mecanismos de solución de conflictos, como consecuencia de la prestación del servicio a cargo del CONTRATISTA u omisión en la prestación del servicio prestado por él o por su personal adscrito y/o vinculado, o por sus subcontratistas según sea el caso. Lo anterior, sin perjuicio de que EL CONTRATANTE pueda llamar al CONTRATISTA en garantía o denunciarlo en pleito dentro del respectivo proceso judicial, trámite arbitral, administrativo, etc.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 12 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

PRORROGA Y REPOSICION DE LA GARANTIA:

El prestador deberá prorrogar las garantías en caso de prórroga a este contrato mediante OTRO SI. Igualmente, si a la fecha de expiración de la garantía existen reclamos pendientes, deberá ampliar esta garantía proporcionalmente hasta alcanzar los montos señalados en las reclamaciones. El prestador se obliga a reponer hasta el monto de las garantías cada vez que, debido a los riesgos por ellas cubiertas, las mismas se disminuyeran a un porcentaje inferior a lo establecido en el presente contrato.

En el evento que el prestador no constituya las garantías exigidas en este contrato, no las amplíe, no las reponga cuando estas expiren o no cancele debidamente las primas de seguro, este se obliga a responder civil, administrativa y penalmente, por todos los perjuicios que por acción u omisión y que en cumplimiento de este contrato puedan ocasionarse a los afiliados y a pagar al Coosalud las sumas a las que eventualmente sea condenado judicialmente o sancionado por las autoridades competentes como consecuencia de la prestación del servicio a cargo de del prestador u omisión en la prestación del servicio.

El contratista hará entrega de la póliza al contratante dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del contrato.

9 MECANISMOS DE CONTRATACION: REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS

Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

9.1 Por parte de los prestadores de servicios de salud

- ✓ Habilitación de los servicios por prestar.
- ✓ 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.
- ✓ Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
- ✓ 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.

9.2 Por parte de Coosalud EPS

- ✓ Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades, con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 13 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- ✓ Modelo de atención.
- ✓ 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.
- ✓ Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
- ✓ 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.
- ✓ 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.

Adicionalmente, se anexarán los documentos necesarios conforme a lo estipulado en las condiciones generales según cada tipo de proveedor, servicio y/o modalidad de contratación.

En lo correspondiente a el diseño y organización de la red de prestación de servicios, Coosalud EPS garantizará los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Coosalud EPS deberá difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera mensual en la página web www.coosalud.com el listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del parágrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, Coosalud EPS, garantizará la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberá entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 14 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

10 SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

10.1 Servicios incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC

Los servicios contratados son los incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC contenido en la Resolución 3512 de 2019 o la vigente que aplique. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

10.2 Tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC

En lo que tiene que ver con los servicios no incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC (NO PBS) la ley 1995 de 2019 estableció en su artículo que los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES). Para el régimen contributivo estos servicios venían siendo manejados por la ADRES. El acceso a los servicios no incluidos en el Plan de beneficios con cargo a la UPC se da a través de:

1. Por solicitud de médico a través de la plataforma MIPRES
2. Por la exigencia a través de una TUTELA.

COBRO Y PAGO DE LAS TECNOLOGÍAS INCLUIDAS EN LOS PRESUPUESTOS MAXIMOS:

El cobro y pago de las tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, definido en la Resolución 5857 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, se efectuará en el Régimen Subsidiado y contributivo conforme en lo establecido en la resolución 205 y 206 de 2020 del ministerio de salud y protección social por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del sistema de seguridad social en salud y Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

Para los servicios prestados en enero y febrero de 2020, estos servicios serán recobrados a la ADRES por parte de Coosalud, los presupuestos máximos rigen a partir del 01 de marzo del 2020.

La ADRES estableció el proceso de verificación, control y pago de los servicios no financiados con Presupuestos Máximos, a través de la Resolución 2152 de 2020. Los cuales son los medicamentos nuevos con principios activos no incluidos en el cálculo de los Presupuestos Máximos, los tratamientos de los nuevos

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 15 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

pacientes de enfermedades huérfanas y los medicamentos vitales sin valor de referencia, en el marco de lo establecido en la Resolución 205 de 2020.

La radicación de las cuentas se hará directamente a Coosalud Eps

El Contratista facturará de la siguiente forma:

- a) Deberá generar factura por Mipres generado a nombre de Coosalud EPS, no se deben mezclar servicios PBS con no PBS.
- b) Para los proveedores que manejen la capita de medicamentos PBS y entreguen las tecnologías no PBS, estas facturas deben venir con el descuento del homologado o comparador administrativo.
- c) Para los proveedores que solo entreguen las tecnologías no PBS, deberán facturar el NO PBS pleno, sin descuento.
- d) Para los prestadores hospitalarios que tengan contratos capitas o modelos de atención integral la factura deberá venir con el descuento del homologado o comparador administrativo.
- e) Para los prestadores hospitalarios que no cuenten con contratos capitas o modelos de atención integral, deberán facturar pleno las tecnologías no PBS.
- f) Toda factura presentada a Coosalud el contratista deberá garantizar el reporte de entrega y reporte de facturación en la web service de Mipres para ser recibida.
- g) La codificación de los servicios facturados y reportados en la web service debe cumplir con la codificación vigente por normatividad en la factura, Medicamentos Cum vigentes, Procedimientos Cups, para los servicios complementarios, productos nutricionales y dispositivos médicos deben ser reportados con la codificación de la tabla de referencia de Mipres establecida por el ministerio de salud en la versión actual.
- h) Los soportes de la factura dependerán del ámbito de atención del usuario, en cuanto a los ámbitos ambulatorios, firma y número de identificación del usuario, Orden medica Mipres, para los ámbitos hospitalarios y urgencias además de la firma del usuario por la entrega de la tecnología resumen de la historia clínica. En caso de que el Mipres se escale a junta de profesionales para los ámbitos hospitalarios deberá contar con la aprobación de la junta.

Y demás condiciones de la circular 001 establecida por Coosalud y sus modificaciones.

10.3 Servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud con cargo a la upc (no PBS) en el régimen subsidiado contributivo por MIPRES.

La Resolución 1885 y 2438 de 2018 establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Contributivo y subsidiado respectivamente.

El ingreso al aplicativo de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios está supeditado a la asociación de la ips y proveedores a la red de Coosalud, previo a la asociación la ips deberá inscribirse en mi seguridad social el representante legal como

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 16 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

[FUERA DE LA INTRANET ES COPIA NO CONTROLADA]

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

persona natural y jurídica, asociar sus sedes y activarse en Mipres como Proveedor. Los prestadores de servicios de salud deberán asociar a sus profesionales de la salud, para que puedan prescribir a nombre de la ips. Los profesionales de la salud deberán estar inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), mi seguridad social como persona natural y registrase en Mipres como prescriptores.

La IPS y los profesionales en salud deben estar inscritos en la plataforma MIPRES para ordenar las prescripciones de tecnologías no PBS. El profesional tratante debe registrar la prescripción en el aplicativo MIPRES, podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres meses, para el caso de los pacientes crónicos podrá ser por un período superior a tres meses y hasta por un año.

De igual manera la EPS debe contar con las juntas de profesionales de las IPS de su red, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren habilitadas de conformidad con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que presten servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio, de medicamentos de la lista de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios - UNIRS o del listado conformado a partir de los reportes presentados por las Sociedades Científicas a este Ministerio y validados por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de la Entidad.

Diariamente el área de servicios especiales de la sucursal consulta la plataforma MIPRES para identificar las prescripciones realizadas a nuestros afiliados y las valoraciones pendientes por las juntas de profesionales. Una vez identificadas las prescripciones se procede a gestionar el Direccionamiento al proveedor, con la finalidad que el proveedor garantice la programación y una vez entregue al usuario la tecnología no PBS, reporte de entrega y facturación en la web service obligatoriamente.

Cuando por dificultades técnicas de acceso al aplicativo de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o de identificación y afiliación del usuario, de manera excepcional se prescriban mediante el formulario de contingencia, la entidad responsable del afiliado deberá realizar la transcripción de la prescripción, en un término no superior a las 24 horas.

Coosalud garantizara el registro en la plataforma MIPRES del suministro y datos facturados de la tecnología NO PBS de acuerdo con el seguimiento realizado y así garantizar el cumplimiento en la prestación.

COOSALUD tiene diseñado el procedimiento GRES-P-05_GESTION_Y_RECOBRO_DE_TECNOLOGIAS_NO INCLUIDAS EN EL PBS, con el cual se garantiza el acceso a estos servicios por parte del afiliado.

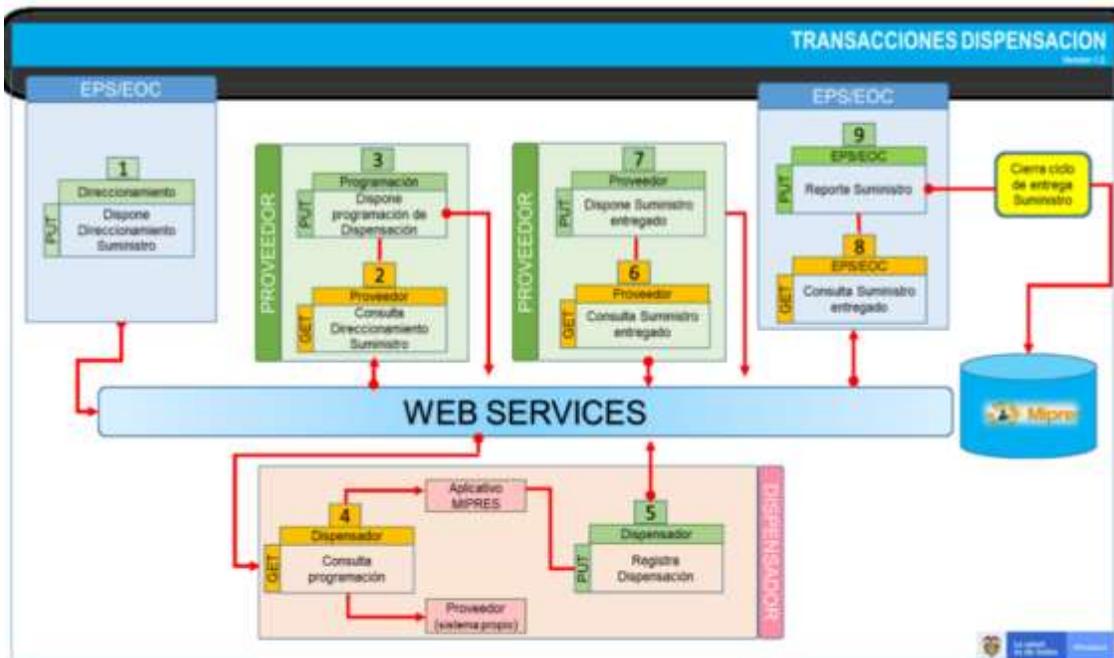
En el proceso de implementación y una vez los prestadores de servicios de salud y proveedores se encuentre activos en la plataforma MIPRES se iniciará la prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Contributivo y Subsidiado y servicios complementarios y las responsabilidades de cada actor son:

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 17 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

[FUERA DE LA INTRANET ES COPIA NO CONTROLADA]

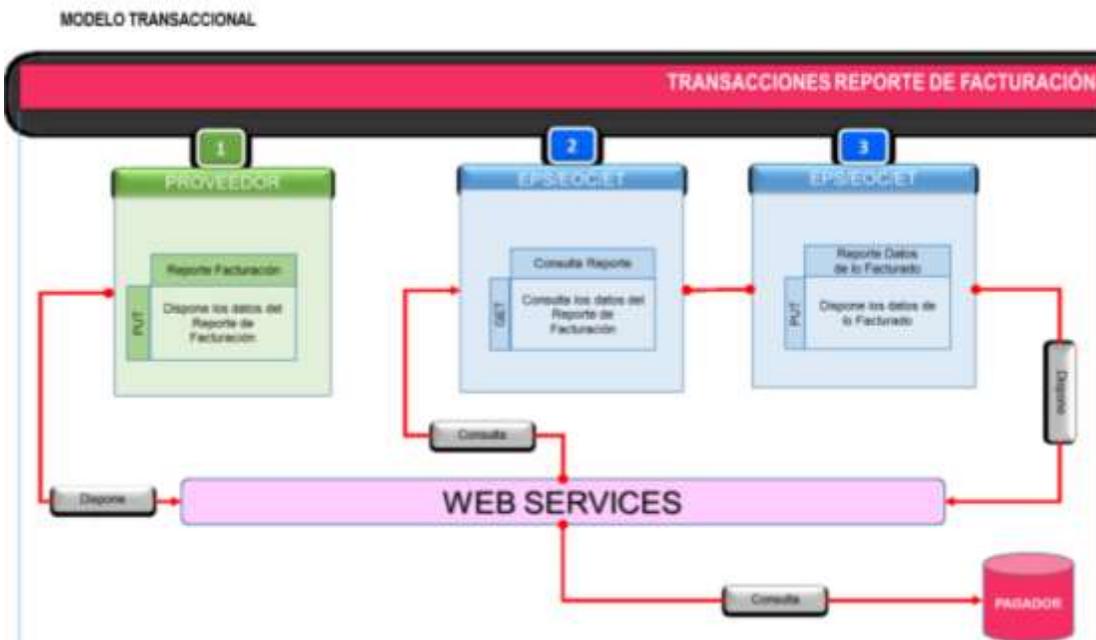
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

RESPONSABILIDADES DE LA EPS	RESPONSABILIDADES DE LA IPS
<p>COOSALUD debe garantizar el suministro de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado, en el evento en que la entidad territorial haya adoptado el modelo de gestión de garantía de suministro a través de su red.</p> <p>Asociar a las IPS y profesionales de su red para el reporte de prescripción.</p> <p>Realizar la trascripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallos judiciales en el aplicativo dispuesto para tal fin o en los casos de contingencia</p> <p>Reportar al Ministerio la información relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, en el evento en que la entidad territorial haya adoptado el modelo de gestión de garantía de suministro a través de su red.</p>	<p>Solicitar usuario y contraseña para activarse en el aplicativo MIPRES</p> <p>Reportar las prescripciones de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado en el aplicativo MIPRES</p> <p>Suministrar las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado prescritas por los profesionales de la salud, en el marco de las obligaciones contractuales con las EPS y las entidades territoriales.</p> <p>Conformar la Junta de Profesionales en salud</p> <p>Presentar ante la EPS o las entidades territoriales en los términos por estos determinados, según sea el caso, los soportes de cobro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado, efectivamente suministradas.</p>



Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 18 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal



11 PORTABILIDAD

En los casos en que un afiliado decida trasladar su residencia o ubicarse en un municipio diferente a su sitio de afiliación, Coosalud garantiza su atención a través de su red de servicios en todos los municipios en los que opera, en caso de no hacer presencia en el que se encuentra radicado temporal o permanentemente el afiliado y una vez notificado según lo dispuesto en el Decreto 1683 de 2013, se inicia el trámite respectivo garantizando su atención con otros prestadores de salud o a través del convenio interinstitucional con las empresas aliadas a Gestarsalud que proporciona cobertura en 1.000 municipios aproximadamente.

Se cuenta con el procedimiento GRES-P-04 PORTABILIDAD que tiene descritas las actividades para este proceso. Si la emigración es por un mes, denominada Emigración Ocasional, el usuario podrá acceder al servicio de urgencias de las instituciones prestadores de servicios de salud que cuenten con este servicio en el municipio receptor. Si Coosalud ha conformado red de servicios en el municipio receptor, el usuario podrá asistir a cualquiera de estas instituciones.

En caso de que la emigración sea superior a un mes e inferior a un año, es decir, una Emigración Temporal, Coosalud EPS deberá garantizar una IPS primaria en el municipio al que emigró el usuario y a partir de esta, el acceso a los servicios del Plan de Beneficios de Salud en la red de la EPS.

En caso de que COOSALUD no tenga presencia en el municipio de emigración del usuario, podrá hacer uso del convenio de cooperación interinstitucional para garantizar la portabilidad del seguro de salud, un convenio en el marco del artículo 6 del decreto 1683 de 21013 que permite la asociación con EPS para garantizar la atención de la población emigrante.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 19 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

Por último, cuando es una Emigración Permanente o por más de un año, el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si continúan las condiciones de temporalidad del traslado. Coosalud EPS tiene disponible los siguientes canales para el reporte de la portabilidad para sus usuarios:

- #922
- Línea 018000515611
- Minisitio Web de Portabilidad: www.coosalud.com.
- Correo Electrónico: portabilidad@coosalud.com
- Personalizado (en nuestras oficinas de atención al usuario a nivel nacional).

12 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

12.1 Políticas de Contratación

La política de contratación de servicios de salud se encuentra en el documento POLITICA DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD anexo al presente documento.

12.2 LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS PROCESOS

- La red se construirá según los lineamientos establecidos en la resolución 1441 de 2016
- La georreferenciación de la población se realiza según el diseño de zonas y distritos sanitarios, teniendo en cuenta la cercanía o accesibilidad al servicio a nuestros usuarios según su municipio de afiliación así del desarrollo de la oferta en el territorio.
- Se privilegiará modalidad de contratación integrales que minimicen el riesgo técnico y contribuyan a la calidad de la atención.
- La referencia de pacientes se realizará hacia las IPS contratadas según la condición médica respectiva. En los casos de no disponibilidad del servicio en la IPS contratada, se remitirá el paciente a la IPS determinada como segunda opción previa notificación y descuento a la IPS contratada para el manejo de la condición médica.
- Todo servicio habilitado por la IPS que haga parte integral de la condición médica contratada debe ser incluido en el alcance de la contratación y en ningún caso deberá ser excluido.
- Se privilegian a los prestadores que garanticen la integralidad de los servicios de consulta especializada, imagenología y apoyo diagnóstico.

12.3 Acuerdos de servicios en la contratación

Los prestadores de servicios de salud tienen contacto directo con los usuarios, entregan el producto final y deben estar alineados a las políticas que hemos diseñado para la prestación del servicio. En este orden de ideas existen unas consideraciones especiales que se deben tener en cuenta para establecer el

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 20 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:	2021.jul.12			Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

relacionamiento adecuado con los prestadores que deben estar incluidos en los acuerdos contractuales y son objeto de monitoreo a saber:

1. Conocimiento y ejecución de la política de Atención al usuario de COOSALUD con sus respectivas actualizaciones.
2. Concertar los acuerdos de servicio de los procesos de atención en lo que tiene que ver con acceso a los servicios:
 - a) Agendamiento de citas de acuerdo con nuestro manual de agendamiento, tanto para la autogestión de citas como para la gestión asistida, esto quiere decir para la autogestión de citas por el afiliado definir que servicios, los horarios de solicitud de citas, los tiempos de espera para asignación de cita o respuesta de cita, los canales para asignación de citas call center, virtual, presencial, en el caso de la gestión asistida cómo es el acceso a agendas para asignación de citas.
 - b) Protocolos de atención y guías de manejo, que deben ser pactados en el proceso de negociación y debe quedar claro en el acta de inicio.
 - c) La gestión de PQR
 - d) Los indicadores de cumplimiento, estándares de medición y metas, cumplimiento de los planes de mejora, manejo de información, reportes clínicos, facturación, glosas y pagos.

12.4 Codificación de los servicios en la contratación

Para todos los efectos de contratación de servicios, Coosalud EPS utilizará las siguientes codificaciones en su sistema de información:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la normatividad vigente.
Por consiguiente, los servicios descritos con otra nomenclatura como “programas”, “clínicas” o “paquetes” y “conjuntos de atención”, entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de la normatividad, que define los contenidos del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.
2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC, de la Organización Mundial de la Salud para medicamentos.
3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y sus respectivas modificaciones o actualizaciones.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 21 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

12.5 Selección de prestadores.

La selección de proveedores y prestadores de servicios de salud, se fundamentarán en los principios de transparencia, selección objetiva, equidad y responsabilidad, que faciliten un eficaz proceso de contratación, basado en criterios de Integralidad, Disponibilidad, Suficiencia, Completitud, Acreditación y Fortaleza Financiera. La fase de Planeación de la red comprende Caracterización de la población afiliada, Estudio de la Demanda y Estudio de la Oferta, con los cuales se determina las necesidades de contratación, la característica de los prestadores, su cobertura y la modalidad de contratación que optimiza el manejo de los recursos, según lo dispuesto en la Política De Contratación De Servicios De Salud.

El comité de contratación nacional es la instancia que aprueba los prestadores que ingresan a la red de servicios, previo análisis y presentación de las propuestas por parte de las regionales.

12.6 Convocatoria publica

Coosalud EPS, contratara de acuerdo con lo estipulado en la Resolución 1441 de 2016.

De acuerdo con lo anterior, a criterio de la organización, COOSALUD EPS podrá realizar procesos de selección de prestadores bajo la modalidad de procesos abiertos y competitivos, en donde todo proveedor que esté interesado en el negocio puede presentar su propuesta, de ese modo, se consigue que haya mucha concurrencia de empresas y la libre competencia entre las mismas; de esta convocatoria saldrá la oferta económicamente más ventajosa que cumpla con los criterios de referencia y calidad esperados.

12.7 Verificación de condiciones técnico científicas de habilitación

La visita de calidad tiene como finalidad conocer la red de prestadores de servicios de salud e identificar quienes cumplen con los requisitos de selección. Esta será coordinada por el director de salud y el auditor médico de calidad de cada sucursal, quienes realizaran cronograma de visitas precontractuales.

Los formatos establecidos en la visita son los siguientes:

FORMATOS CALIDAD	CONTENIDO
IPH1	REPORTE DE ESTÁNDARES DE LAS CTC DE PRESTADORES DE SALUD
IMS1-A	MATRIZ DE MEDICIÓN DE SUFICIENCIA I NIVEL
IMS1-A2	MATRIZ DE MEDICIÓN DE SUFICIENCIA NIVEL II y III
Acta de visita IPM-1	REPORTE DE ESTÁNDARES DE LAS CTC DE PRESTADORES DE SALUD

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 22 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

En esta se deben tomar 10 fotos de la sede, se deben diligenciar formatos establecidos, los cuales deberán ser firmados por el representante asignado por el prestador y el auditor de calidad. La IPS que en la visita precontractual obtenga una calificación satisfactoria mayor o igual a 80% será enviada a comité de ofertas.

CALIFICACIÓN	>80	70-89	<70
IPM 1-A2	SATISFACTORIO	ACEPTABLE	DEFICIENTE

IPS con puntajes aceptables y que ameriten planes de mejora deben ser consolidados en el formato establecido y firmados por el representante de la IPS en aceptación de este, esta acta debe ser remitida al comité de ofertas junto con los formatos de la visita. Por ningún motivo se evaluarán prestadores con puntajes deficientes a excepción de aquellos casos donde sea único prestador ubicado en zonas de difícil acceso alejados del casco urbano.

El proceso de verificación de las condiciones técnico-científicas se encuentra descrito en el **PROCEDIMIENTO DE VERIFICACION DE CONDICIONES TECNICO CIENTIFICAS DE HABILITACION. GR-P-04**

DE otra parte, teniendo en cuenta que el proceso evaluativo para la selección de los prestadores comprende además de la verificación de las condiciones técnico-científicas de habilitación, la verificación en campo de la disponibilidad de los servicios, revisión de las capacidades del recurso humano, agendamiento de citas y procedimientos, resulta fundamental establecer un modelo evaluativo que cubra los criterios antes mencionados.

13 MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO Y PAGO

13.1 Condiciones mínimas

Las condiciones mínimas por incluirse en los mecanismos de reconocimiento y pago entre la EPS y los prestadores de servicios de salud que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud están definidas a través de cartas de intención, acuerdo de voluntades o contratos suscritos entre los prestadores y la EPS, que deben contener como mínimo la siguiente información:

- Indicar los servicios a prestar.
- Las condiciones de articulación y responsabilidades a cumplir por parte de los Prestadores vinculados a la Red Integral deben estar conforme a los estándares y criterios de habilitación de las RIPSS.
- Disponibilidad y gestión de datos clínicos entre los Prestadores que hacen parte Red, la EPS y
- Los contratos suscritos, sin excepción deben garantizar lo establecido en los Artículo 5, 6 y 7 del Decreto 4747 de 2007, o la norma que lo modifique, sustituya o adicione.

Los mecanismos de reconocimiento y pago implementados por Coosalud EPS son:

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 23 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- ✓ Cartas de Intención
- ✓ Acuerdo de Voluntades
- ✓ Pago por Capitación
- ✓ Presupuesto Global Ajustado por Condición Médica
- ✓ Pago Global prospectivos
- ✓ Pago por Paquete Integral
- ✓ Pago por Servicio
- ✓ Pago por episodio
- ✓ Demás que establezcan las leyes

13.2 Mecanismos de reconocimiento

A continuación, se describen las modalidades de reconocimiento y pago. No obstante, la compañía podrá establecer otra modalidad que establezcan las leyes y/o se adapte a las condiciones del mercado

13.2.1 Cartas de Intención

Es un documento que contiene los acuerdos y compromisos entre las partes (EPS y prestadores), que se pueden formalizar en un futuro a través de un contrato.

En el caso en que se presenten cartas de intención, éstas deberán contener al menos:

- Nombres completos de los representantes legales y NIT de las instituciones participantes (EPS y prestador).
- Intención expresa de integrar en la red integral de prestadores de servicios de salud que conforma la EPS, con la descripción detallada de los acuerdos logrados entre las partes, especificando el objeto y el alcance, responsabilidades individuales y recíprocas, entre otras.
- Detalle de la participación del prestador en la red integral de prestadores de servicios de salud (capacidad, servicios de salud a proveer, condiciones, términos, procesos y procedimientos y demás).
- Constancia de la voluntad manifiesta de las partes de suscribir un contrato en el futuro, formalizando lo expresado en la carta de intención.

13.2.2 Acuerdo de Voluntades

Se refiere al “acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 24 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:	2021.jul.12			Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen”.

El artículo 6 del citado Decreto 4747, establece las condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, independiente del mecanismo de pago. Estos aspectos, son como mínimo los siguientes:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud - RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
11. Mecanismos para la solución de conflictos.
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

13.2.3 Contrato por capitación

Modalidad establecida para servicios de alta frecuencia, mediante la cual se establece una suma por afiliado para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad.

La modalidad de contratación por capitación permite pactar con los prestadores de servicios de salud la atención para un número de afiliados durante un período de tiempo, con pago anticipado de una suma fija, a partir de un grupo de servicios pre-establecidos con una unidad de pago constituida por una tarifa pactada previamente sujeto al cumplimiento de unas metas de cobertura de programas e indicadores de calidad.

Su campo privilegiado de uso es el primer nivel de atención, presentan el mejor control para el vínculo entre la EPS y el prestador de servicios de salud, el riesgo lo asume el prestador, por tanto, fomenta la prevención; la EPS asegura grandes volúmenes de usuarios potenciales, define los montos de capitación y establece las reglas de calidad en la prestación de los servicios, simplifica la contratación y los cobros.

Las submodalidades de los contratos por capitación, son:

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 25 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- Promoción y mantenimiento de la salud
- Recuperación de la Salud
- Suministro de medicamentos ambulatorios

Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, Coosalud EPS cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención. Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

13.2.4 Presupuesto Global Ajustado Por Condición Médica

Modalidad de contratación en la cual se determina una suma global para cubrir un conjunto de episodios de atención asociados a una condición médica determinada, estimados de acuerdo con las características de riesgo de la población y acordados entre el pagador y el prestador.

Las condiciones médicas contempladas en esta modalidad hacen referencia a aquellas en las que la atención no es programable o electiva, sino más bien, es urgente y/o vital. Cáncer, Cardiovascular, Gastrointestinal, Hematológicas Y Tumores Benignos, Infecciosas Y Parasitarias, Materno Perinatal, Neumológico, Neuroquirúrgico, Salud Mental y Traumatismo serán, en la medida de lo posible, contratadas bajo esta modalidad.

El propósito de la modalidad de contratación de Presupuesto Global Ajustado Por Condición Médica es evitar la fragmentación de la atención y generar estímulos que permitan una administración más eficiente de los recursos por parte del prestador, garantizando la integralidad en la prestación de los servicios asociados a una condición médica determinada.

Las IPS con contrato bajo la modalidad de Presupuesto Global ajustado por condición Médica, no podrán generar en ninguna circunstancia facturas por evento de servicios asociados a la condición médica contratada.

El seguimiento se hará en función de los indicadores establecidos para el monitoreo en el cumplimiento de la oportunidad y de la seguridad del paciente con periodicidad mensual.

Así mismo, de manera trimestral se evaluará la ejecución del contrato con base en el número de episodios contratados y estipulados en la nota técnica. Estos resultados serán validados con el reporte biométrico de

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 26 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

asistencia a los diferentes servicios. Este seguimiento se debe complementar con indicadores relacionados con la atención en salud.

Si luego del análisis trimestral se encuentra que los episodios están desviadas de lo esperado, se estudiará la posibilidad de realizar un ajuste previo análisis.

13.2.5 Contrato por Paquete de Atención Integral

En esta modalidad se contratará un grupo específico de actividades, procedimientos y/o intervenciones en salud, definidas por el pagador, que involucra una actividad principal y una o varias intermedias, requeridas por un usuario como parte de su atención durante un período de tiempo.

Este tipo de contratación establece un servicio principal como unidad de medida, y se conforma por los servicios complementarios asociados a este.

Se establecen las siguientes submodalidades:

PAQUETE INTEGRAL HOSPITALARIO:

Submodalidad orientada a aquellos episodios de manejo clínico que no requieren intervención quirúrgica. Su unidad de medida es el día estancia y busca el manejo oportuno de la patología, contribuyendo a disminuir las estancias prolongadas, para lo cual el valor de cada día estancia será decreciente y contempla las siguientes inclusiones:

Consulta médica general, consulta médica especializada (Interconsultas), consultas y actividades paramédicas, laboratorios, imágenes diagnósticas, medicamentos intrahospitalarios, materiales e insumos, terapias, nutrición parenteral y entera, oxígeno y procedimientos no invasivos.

PAQUETE INTEGRAL QUIRURGICO:

Submodalidad establecida para garantizar eventos o episodios quirúrgicos.

La unidad de medida equivale a la cirugía y los servicios intermedios o complementarios son materiales e insumos, laboratorios y apoyo a diagnóstico pre y postquirúrgicos, medicamentos, honorarios, derechos de sala, ayudantías y consultas pre y postquirúrgicas y estancia requerida según el tipo o grupo quirúrgico.

PAQUETE INTEGRAL AMBULATORIO:

Modalidad conducente al diagnóstico o tratamiento de eventos asociados con especialidades o subespecialidades.

El servicio principal equivale a la consulta especializada, y los servicios intermedios son ayudas **diagnosticas** e imágenes que se derivan de este.

Lo anterior se compone de:

- Consulta especializada o subespecialidad según aplique
- Laboratorios (Determinados en función de la especialidad o subespecialidad)
- Imágenes (Determinados en función de la especialidad o subespecialidad)

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 27 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

Cuando no se logre construir una bolsa que abarque el servicios intermedios o complementarios a la consulta, deberán solicitar a la Dirección de Contratación Nacional solicitud para conformar una bolsa con un único tipo de servicios complementarios. Ejem: Laboratorios especializados, imágenes especializadas.

PAQUETE INTEGRAL POR GRUPO DE RIESGO:

Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se reconoce una suma fija por persona para cubrir un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención integral de su condición de salud. Aplica para enfermedades crónicas como Insuficiencia renal crónica, VIH y hemofilia.

PAQUETE INTEGRAL POR PROGRAMA DE RIESGO:

Esta modalidad se usará para la contratación de los programas de riesgo cardiovascular y gestantes, en ella se debe calcular un presupuesto que incluya las actividades a realizar y se pacta un monto fijo mensual para la atención de los mencionados grupos de riesgo, los afiliados incluidos en el programa recibirán todos los servicios y en las cantidades requeridas según el protocolo aprobado.

El prestador debe garantizar el cumplimiento de la cobertura por afiliado de las actividades según los protocolos definidos y entregados en la programación de seguimiento mensual, garantizando los resultados en salud de la población objeto, según el cumplimiento de los indicadores por patología definidos, los cuales serán evaluados de manera semestral.

En esta modalidad se evalúa de manera mensual el cumplimiento en cobertura de acuerdo con la programación según tipo de riesgo y número de actividades por paciente mes; haciendo un seguimiento. Se glosan de manera trimestral actividades que no estén definidas en la programación o mayor valor cobrado, según lo pactado. La evaluación del indicador de cobertura se realizará por actividades programadas vs ejecutadas. Semestralmente, se medirá y evaluará el indicador de impacto y el cumplimiento de este y los indicadores de cobertura y resultados en salud, generará un incentivo al prestador según lo pactado

13.2.6 Contrato por Pago Global Prospectivo (PGP)

Modalidad de contratación en la cual se determina una suma global para cubrir un conjunto de atenciones asociados a una condición médica determinada, o un conjunto de servicio.

Los PGP por condición médica, aplican para la demanda de atenciones programable o electiva. Dermatológico, Endocrino Nutricional y Metabólico, Ginecológico, Malformación Congénita, Nefrología, Neurológico, Odontológico, Oftalmológico, Ortopedia, Otorrinolaringología, Retraso Mental & Trastornos Del Desarrollo, Reumatología y Urinario serán, en la medida de lo posible, contratadas bajo esta modalidad.

Los PGP por servicio, aplica para los servicios de Apoyo diagnóstico especializado, Consultas médicas especializadas e Insumos Médicos.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 28 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

El propósito de la modalidad de contratación de PGP es evitar la fragmentación de la atención y generar estímulos que permitan una administración más eficiente de los recursos por parte del prestador, garantizando la integralidad en la prestación de los servicios asociados a una condición médica determinada.

Las IPS con contrato bajo la modalidad de PGP, no podrán generar en ninguna circunstancia facturas por evento de servicios asociados a la condición médica contratada.

El seguimiento se hará en función de los indicadores establecidos para el monitoreo en el cumplimiento de la oportunidad y de la seguridad del paciente con periodicidad mensual.

Así mismo, de manera trimestral se evaluará la ejecución del contrato con base en las frecuencias de uso establecidas en la nota técnica. Estos resultados serán validados con el reporte biométrico de asistencia a los diferentes servicios. Este seguimiento se debe complementar con indicadores relacionados con la atención en salud.

13.2.7 Contrato integral por episodio clínico

Modalidad de contratación en la cual se determina una suma global para cubrir un conjunto de atenciones asociados a un episodio clínico específico.

Un episodio clínico es entendido como un conjunto de diagnósticos que tienen unas características comunes en los planes de tratamiento, asimismo los episodios clínicos, en algunos casos, tiene una subclasificación de acuerdo con el grado de severidad de este.

Los servicios incluidos en la atención de un episodio clínico vienen definidos por las guías de manejo clínicas existentes o por la experticia medica basada en evidencias.
Todas las condiciones médicas son susceptibles de ser contratadas bajo esta modalidad.

13.2.8 Contrato por Pago por Servicio

Contrato cuyo objeto es la prestación de servicios de salud o suministros relacionados, en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un suceso de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención.

Las submodalidades de los contratos por pago por servicio, son:

- Prótesis y Ortesis
- Transporte
- Hogar de paso

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 29 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- Pago por servicio

13.3 Forma de pago

Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

13.3.1 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. La unidad de pago está constituida **por** una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. Sin desconocer que descontará o recobrará a EL CONTRATISTA por los servicios suministrados en caso de restituciones por parte del ADRES.

13.3.2 Pago por presupuesto integral ajustado a condición médica, PGP, Episodio clínico y paquetes de atención integral.

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, episodios clínicos, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Sin desconocer que descontará o recobrará a EL CONTRATISTA por los servicios suministrados en caso de restituciones por parte del ADRES.

13.3.3 Pago por Servicio

Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período 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.

13.3.4 Forma de pago según tipo de contrato

Para todos los efectos la forma de pago será la pactada en el contrato, toda vez que el contrato es ley para las partes en el marco normativo del derecho privado. En los contratos donde no se pacte de manera específica una modalidad de pago, se entenderá lo establecido en el literal d del artículo 13 de la Ley 1122 de 2013, que reza al tenor: “las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 30 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico o PGP se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.”

El procedimiento para el pago a la red se encuentra descrito en el **GF-P-07 PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN Y PAGO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD.**

14 INDUCCIÓN A PRESTADORES

La capacitación para los prestadores y proveedores debe ser coordinada por el director de salud de la sucursal, de la siguiente manera:

- Para proveedores nuevos se debe programar la capacitación de apertura del contrato
- Para prestadores antiguos se deberá programar la capacitación durante los primeros meses de la nueva vigencia

Los temas que tratar deben ser:

- ✓ Modelo de atención de la EPS.
- ✓ Manual de Contratación de servicios de salud de la EPS.
- ✓ Deberes y derechos de los usuarios y de la IPS.
- ✓ Validaciones administrativas.
- ✓ Políticas y filosofía de la EPS.
- ✓ Concertación de guías de manejo.
- ✓ Aclaraciones e inquietudes

Se deberá diligenciar formato de acta de inducción, el cual deberá ser firmado por el representante que asigne el prestador y el director de salud.

Es responsabilidad del director de salud entregar los anexos, nota técnica y toda la información que requiera la IPS para adherirse al modelo de Coosalud EPS, y así aclarar o escalar las dudas que se presenten por las IPS.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 31 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

15 MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE LA RED

El monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño a la prestación de los servicios de salud, se realizará teniendo en cuenta los atributos con los cuales se debe brindar el proceso de atención en salud a los afiliados de COOSALUD EPS en términos de calidad de la atención, logros de resultados en salud propuestos y la experiencia de los usuarios con los servicios prestados en la red integral, haciendo énfasis especial en Oncología, cuidados paliativos y red de urgencias.

15.1 Seguimiento a Indicadores de desempeño

En este componente se evalúan los resultados de los indicadores de las IPS que conforman la red, tanto para servicios del ámbito ambulatorio como hospitalario, en los diferentes niveles de complejidad del componente primario y complementario.

Se realizará evaluación de la gestión de la prestación en oportunidad, accesibilidad, continuidad, integralidad, resolutivez y resultados en salud a través del seguimiento a los indicadores contemplados en la normatividad, Resolución 256 de 2016, Resolución 1552 de 2013, Resolución 4505 de 2012.

Este seguimiento se basa en los indicadores para el monitoreo de la calidad de la red de prestadores de servicios de salud reportados a través de la plataforma SISPRO para las dimensiones de efectividad, seguridad y experiencia de la atención según la resolución 256 de 2016, el procedimiento para el seguimiento y evaluación de estos se encuentra descrito en el procedimiento GRES-P-20 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL DESEMPEÑO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD.

Cada indicador tiene una ficha técnica con numerador, denominador, fuente y periodicidad. Las fuentes de información utilizadas para las mediciones son SISPRO, reportes del prestador al Ministerio de Salud y Protección Social, recolección directa en la fuente por la EAPB, encuestas de percepción elaboradas por la EAPB, Reporte de Resolución 4505 de 2012, RIPS. Para la recolección directa se cuenta con un instrumento de recolección de la información en la IPS, con el fin de obtener información de la fuente, confiable, completa y oportuna.

La medición de los indicadores se realizará de acuerdo con lo establecido en la normatividad, por lo cual algunos serán de seguimiento mensual, trimestral, semestral y anual. La información será analizada en cada sucursal en el comité de calidad para posteriormente hacer la socialización de los resultados a los prestadores.

15.2 Mecanismos de retroalimentación.

Las reuniones de retroalimentación del seguimiento a la gestión de los prestadores serán programadas con la periodicidad requerida de acuerdo con los resultados del seguimiento. En el inicio de la contratación serán semanales, y se irán espaciando de acuerdo con el avance de la coordinación de los procesos.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 32 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

Posteriormente se establecerán mensuales para evaluar resultados y el cronograma se priorizará de acuerdo con la importancia de los hallazgos en las diferentes IPS. Los gerentes son los responsables del proceso de retroalimentación a los prestadores, se deben generar actas de reunión que deben reposar en los archivos de la sucursal, y remitir a la dirección nacional de salud, resúmenes ejecutivos de los acuerdos y mejoras alcanzadas. Las reuniones con los prestadores deben contemplar la revisión de los acuerdos de servicios en los siguientes aspectos:

- Indicadores de oportunidad en la prestación de servicios
- Quejas por fallas en la prestación de los servicios
- Tutelas generadas por fallas en la prestación de los servicios
- Estancias prolongadas, eventos adversos y reingresos hospitalarios

15.3 Planificación

La planificación de la prestación de los servicios de salud en el departamento se desarrolla mediante las siguientes etapas:

1. Análisis de la demanda ex ante, efectiva y agregada
2. Determinación de las necesidades de oferta de servicios
3. Análisis de la oferta en el departamento y la suficiencia de la red.
4. Conformación de la red por componente primario y complementario

La planificación de la red para la entidad territorial se encuentra documentada en el Documento radicado en la plataforma RIPSS denominado PROPUESTA DE REDES INTEGRADAS DE SALUD (RIPSS).

15.4 Adquisición

El proceso de contratación de los prestadores se encuentra documentado en este manual.

15.5 Administración y control de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos

15.5.1 Prestación de servicios

La administración y control de la prestación de servicios de salud a los afiliados se fundamenta en los procesos y procedimientos inherentes a la gestión del aseguramiento como son:

- ARS-P-05 AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA
- ARC-P-01 MOVILIDAD ENTRE REGIMENES
- GRES-M-03 MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
- GRES-P-01 REFERENCIA AMBULATORIA DE PACIENTES
- GRES-P-02 REFERENCIA URGENTE DE PACIENTES
- GRES-P-04 PORTABILIDAD

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 33 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- GRES-P-05 GESTION Y RECOBRO DE TECNOLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PBS
- GRES-M-07 RED DE TRANSPORTE Y COMUNICACIONES

15.5.2 Operación y desempeño de la red

La operación de la red está a cargo de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de COOSALUD EPS del departamento; y el monitoreo, análisis y evaluación del desempeño de la red se encuentra a cargo de la Unidades Técnicas de Análisis de Gestión de Riesgo y Desempeño.

Los lineamientos de constitución, conformación y funciones se encuentran descritas en las circulares CIRCULAR INTERNA No.03 y 04-2018 del 7 de junio de 2018. Las cuales se encuentran cargadas en la plataforma RIPSS como parte del soporte para los estándares 1 y 3, en los ítems DOCUMENTO CONSTITUCIÓN UNIDAD TÉCNICA COORDINACIÓN Y GESTIÓN OPERATIVA DE LA RED Y DE REGULACIÓN DE LA DEMANDA Y OFERTA y DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN DE LA UNIDAD TÉCNICA DE ANÁLISIS DE GESTIÓN DE RIESGO Y DESEMPEÑO, respectivamente.

15.5.3 Recursos humanos

Para garantizar el adecuado funcionamiento y operación de la RIPSS se cuenta con una estructura de personal en función de los niveles de operación y los procesos anteriormente descritos.

15.5.4 Recursos financieros

Para la gestión de los recursos financieros se cuenta con los procesos y procedimientos, sistemas de información y recurso humano específico para garantizar la adecuada administración de los recursos para la financiación del plan de beneficios. Los procesos y procedimientos son los siguientes:

- GF-P-04 FACTURACIÓN Y RADICACIÓN DE UPC.S
- GRES-P-05_GESTION_Y_RECOBRO_DE_TECNOLOGIAS_NO INCLUIDAS EN EL PBS
- GF-P-05 RECEPCION, RADICACIÓN Y CAUSACIÓN DE FACTURAS DE SERVICIOS DE SALUD
- GF-P-07 PROGRAMACIÓN Y PAGO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD
- ARC-P-03 RECAUDO DE COTIZACIONES EN SALUD
- ARC-P-04 ACEPTACION DE GIRO Y COMPENSACION

15.5.5 Sistemas de información

El sistema de información es el principal apoyo para el desarrollo de actividades, funcionamiento y operación de la red, por lo cual se debe gestionar para que siempre brinde disponibilidad, oportunidad y

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 34 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

confiabilidad en todos sus procesos. Al rededor de él, se ejecuta todo el conjunto de procesos y procedimientos, que, interactuando con recursos físicos, técnicos y humanos se garantiza la continuidad de las operaciones automatizadas con calidad para que impacten positivamente en la operación.

Dentro de los diferentes aplicativos con que se cuenta para el desarrollo eficiente de los procesos para la operación de la red podemos mencionar:

- Procesos de afiliación y movilidad: Para estos procesos se cuenta con un sistema de información para la gestión del aseguramiento denominado; Eureka aseguramiento y Futura.
- Proceso de gestión del riesgo en salud: Para la caracterización se cuenta con un Sistema de información denominado “SIGRI” y para los Programas de Intervención del Riesgo se cuenta con un Sistema de información denominado “SIPRA”.
- Proceso de Administración de Contratos de Servicios de salud: Para este proceso se cuenta con un sistema de información denominado: Dinamicoos (módulo contratos).
- Procesos de Referencia: Para estos procesos se cuenta con un sistema de información para la prestación de servicios denominado: Dinamicoos (Gestión de casos de referencias), Coosalud IPS, APLISYS módulo de concurrencia.
- Procesos financieros y contables: Se cuenta con un Sistema de información denominado “APLISYS cuentas medicas” para la recepción y radicación por servicios médicos de salud y “SAP” para los registros contables.
- Procesos de gestión de la experiencia del usuario: Se tiene una visión 360 del afiliado a través de un Sistema de información denominado “Dinamicoos” (Gestión de casos de PQR, derechos de petición y tutelas), en el cual se gestionan de forma integral los procesos de PQRSF, tutelas y peticiones.

Los manuales de operación de los anteriores aplicativos se pueden descargar en el siguiente link:

https://coosaludcom-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jdehoyos_coosalud_com/EpW-iEYfN-FHhLOyITSTagBYKghRjibXs-v3LnP-9C-Rg

15.5.6 Infraestructura Física

Coosalud Cuenta con oficinas totalmente dotada para una excelente atención a los usuarios y operación de la red de prestadores en cada uno de los municipios donde opera.

15.5.7 Infraestructura de comunicaciones

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 35 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

[FUERA DE LA INTRANET ES COPIA NO CONTROLADA]

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

Coosalud en el departamento dispone de una red de comunicaciones al servicio de los afiliados a través de la línea 018000515611, #922 para Operadores Claro, Tigo, Movistar, y Línea de atención telefónica en cada una de las oficinas de los municipios donde tenemos operación.

15.6 Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “Triage”

La atención de urgencia es la modalidad intramural de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

La atención por urgencia no requiere autorización, ni remisión previa, los usuarios pueden acceder directamente a los servicios de urgencia de la red de prestadores de COOSALUD o al prestador más cercano a su ubicación en todo el territorio nacional.

Para la atención de urgencia, el prestador de servicios de salud (IPS/ESES) debe aplicar el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes “Triage” basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo, teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, que estipuló cinco categorías de “Triage”.

- Triage I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.
- Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.
- Triage III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.
- Triage IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.
- Triage V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 36 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

De igual manera, debe informar a COOSALUD la atención de urgencia de sus afiliados mediante el formato anexo técnico No. 2 de la Resolución 3047 de 2008 dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención, realizando la comprobación de derechos que acredite la afiliación de los pacientes a Coosalud EPS.

El reporte del inicio de la atención de urgencia se debe hacer a través del canal telefónico, Intercambio Electrónico de Datos o Correo electrónico, a cada una de las sucursales de COOSALUD en horas hábiles laborales y, durante las 24 horas del día, 7 días a la semana a la línea amiga 018000515611 y #922.

15.7 Comprobación de derechos de los afiliados

La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica que el paciente es un afiliado activo de Coosalud EPS y que por lo tanto tiene el derecho a ser atendido con cargo a Coosalud EPS.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el párrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando Coosalud EPS esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte. No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "Triage" y no podrá ser causa en ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Los prestadores de servicios de salud deberán informar a Coosalud EPS las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 37 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

[FUERA DE LA INTRANET ES COPIA NO CONTROLADA]

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:	2021.jul.12			Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

Tabla 1 MECANISMOS DE ACCESO AL SERVICIO

TIPO	MECANISMO	TIPO DE SERVICIOS	MANEJO DE INCONSISTENCIAS	PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN
Acceso directo con validación biométrica de la huella	Usuario asiste directamente a la IPS de la red de COOSALUD e ingresa con su huella dactilar que valida su afiliación a COOSALUD mediante kit biométrico instalado en la IPS. No requiere autorización expedida por la EPS y debe presentar remisión u orden de servicios.	Servicios ambulatorios de consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, paquetes de atención integral para pacientes con VIH, ERC, Hemofilia, cáncer, atención de los programas de riesgo	Cuando ocasionalmente se presentan dificultades con la validación de la huella se genera un incidente que es atendido por la mesa de ayuda sin afectar la atención especialmente para los casos prioritarios.	Para la implementación del sistema: Definir el acuerdo de voluntades, carta de intención o contrato con el prestador Evaluar las condiciones técnicas y tecnológicas de la IPS para implementar la herramienta Cálculo de kit biométricos de acuerdo con el número de sedes de la IPS y el volumen de pacientes a atender Asignar usuario y contraseña Parametrización del contrato y servicios en la herramienta Instalación de la herramienta en la IPS Capacitación a la IPS para manejo de la herramienta
Acceso directo sin validación biométrica de la huella	Usuario asiste directamente a la IPS de la red de COOSALUD y debe presentar documento de identificación y remisión u orden de servicios. No requiere autorización expedida por la EPS y debe presentar remisión u orden de servicios.	Servicios ambulatorios de consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, procedimientos médicos y quirúrgicos programados ambulatorios	Cuando ocasionalmente se presentan dificultades con la codificación de los servicios se genera una solicitud de actualización de parametrización que es atendido por la mesa de ayuda sin afectar la atención especialmente para los casos prioritarios.	Para la implementación del sistema: Definir el acuerdo de voluntades, carta de intención o contrato con el prestador Evaluar las condiciones técnicas y tecnológicas de la IPS para implementar la herramienta Asignar usuario y contraseña para formar parte de la comunidad en Dynamicos Parametrización del contrato y servicios en la herramienta El acceso a la herramienta es por vía web y no requiere de Instalación por parte de la IPS Capacitación a la IPS para manejo de la herramienta
Solicitud directa entre la IPS y la EPS	La IPS envía por correo electrónico a la EPS solicitud del servicio para que sea tramitado debido a que no se encuentra contratado o no es prestado por esta.	Servicios que no están contratados o no se prestados en la IPS de atención del afiliado, servicios que deben ser prestados por la modalidad de OPS	Dificultades de disponibilidad del servicio requiere la solicitud de oferta del servicio y cotización del mismo	Para generar una OPS: Se debe identificar el prestador que puede realizar la atención. Solicitar cotizaciones del servicio Seleccionar la propuesta más favorable con base en calidad y precio Definir forma de pago Elaborar Orden de prestación de servicios en formato establecido para el proveedor seleccionado Solicitar aprobación de contratación nacional Gestionar prestación del servicio con el prestador
Asistencia a oficina de COOSALUD	El usuario asiste a una oficina de COOSALUD para solicitar la prestación de un servicio	Para todos los tipos de servicio	En caso de no lograr la cita en sala se establece compromiso para informar el lugar y fecha de atención	En estos casos se debe orientar al usuario sobre la IPS que le prestará el servicio y gestionar la cita en caso de ser requerida

Para el acceso a los servicios de carácter electivo de niveles superiores o servicios adicionales ya sean hospitalarios o ambulatorios, es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema, la cual, deberá diligenciar el prestador de servicios de salud en el formato anexo técnico No. 3 de la Resolución 3047 de 2008 o el formato de solicitud que disponga el prestador para consignar las órdenes de servicios a los pacientes que contenga la misma información estandarizada. La solicitud de servicio debe especificar el motivo de la solicitud, los tratamientos y resultados de los exámenes realizados, dependiendo de la complejidad del servicio solicitado puede llegar a requerirse la historia clínica completa, un resumen de la historia o epicrisis. COOSALUD

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 38 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

dispone de los siguientes mecanismos contemplados en el procedimiento GRES-P-21_ MECANISMOS DE ACCESO A LOS SERVICIOS ELECTIVOS para el acceso de los usuarios a los servicios electivos.

La prestación de los servicios a los afiliados se lleva a cabo en la red de prestadores conformada por COOSALUD EPS sin requerir tramitar ninguna autorización para los servicios, las atenciones en salud se cubren bajo el contrato suscrito con el prestador. La atención en salud para los afiliados se realizará de acuerdo con la ruta de atención por riesgo definido.

15.8 Informe de la atención inicial de urgencias

Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a Coosalud EPS, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, definido por el Ministerio de la Protección Social en la Resolución 3047 de 2008. COOSALUD dispone de la línea 018000 y #922 para reporte de la atención inicial de urgencias y de oficinas en todos los municipios donde tiene presencia.

15.9 Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio

En el Plan Obligatorio de Salud para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías descritas en la normatividad vigente, para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Podrán acceder en forma directa a las consultas especializadas de obstetricia o medicina familiar según corresponda y sin requerir remisión por parte del médico general, las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio.

15.10 Servicios posteriores a la atención inicial de urgencias

Para servicios posteriores a la atención inicial de urgencias u hospitalarios, la IPS debe realizar el diligenciamiento y envío por correo electrónico del Anexo Técnico No. 3 definido por la Resolución 3047 de 2008, el área de referencia y contrarreferencia debe realizar la comprobación de derechos del paciente y verificar la pertinencia del servicio, y emitir el código de reporte correspondiente, el cual será enviado a la IPS.

Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud. COOSALUD dispone de la línea 018000 y #922 para reporte de la atención inicial de urgencias y de oficinas en todos los municipios donde tiene presencia.

Coosalud EPS debe dar respuesta a las IPS siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determinó el Ministerio de la Protección Social mediante la Resolución 3047 de 2008, dentro de los siguientes términos:

- a) Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 39 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

recibo de la solicitud;

b) Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

15.11 Servicios electivos

Los servicios de carácter electivo, ambulatorio u hospitalario programado deben ser gestionados en una relación directa entre la IPS y COOSALUD, sin trasladar ningún trámite al usuario. El servicio está cubierto por el contrato, acuerdo de voluntades o carta de intención suscrito con el prestador y no requiere autorización. El prestador debe registrar la atención en la herramienta tecnológica de asistencia al servicio con o sin validación biométrica de la huella.

En los casos de contratos por la modalidad de Paquete de Atención Diagnostica (PAD), Paquete de Atención Integral (PAI), Presupuesto Integral Ajustado Por Condición Médica (PIC) y se complementa el acceso a los servicios con la validación biométrica de la huella dactilar.

Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la Sucursal de Coosalud EPS, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los contratos suscritos con los prestadores de servicios de salud.

La asignación de citas se hará con la oportunidad determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación de servicios electivos.

15.12 Proceso de referencia y contrarreferencia

El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de Coosalud EPS, quien dispondrá de una red de prestadores de servicios de salud que garantice la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de Coosalud EPS la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 40 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

Coosalud EPS podrá apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

15.13 Atención ambulatoria

Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

15.14 Atención con internación

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre a los afiliados la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

Para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante, salvo lo establecido en la cobertura de internación para salud mental.

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

15.15 Atención domiciliaria

La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las EPS serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes. Por lo tanto, si esto implica la necesidad de enseres, camas especiales o adecuaciones del domicilio, su financiación será con cargo a la Unidad de Pago por Capitalización, si el costo es igual o menor a la atención con internación hospitalaria.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 41 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

16 Puerta de entrada del sistema

Coosalud ha determinado que toda persona afiliada estará adscrita a un prestador primario que garantice la cobertura de los riesgos asignados al prestador primario dentro de las Rutas Integrales de Atención. Por tanto, también existe adscripción del afiliado al prestador primario que en condiciones de cercanía a su lugar de residencia le asigne el asegurador dentro de la red de servicios habilitada.

El acceso primario a los servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada. Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

16.1 Acceso a servicios Componente Primario

El componente primario está conformado y organizado por Municipio donde COOSALUD tiene operación, con los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación de los servicios de salud en dicho componente, señalados a continuación:

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 42 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

GRUPO DE SERVICIOS	NOMBRE DEL SERVICIO	GRUPO DE SERVICIOS	NOMBRE DEL SERVICIO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	FISIOTERAPIA	Protección Específica y Detección Temprana	VISUAL
	SERVICIO FARMACÉUTICO		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Menor a 10 años)
	TAMIZAJÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (De 10 a 29 años)
	TERAPIA RESPIRATORIA		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBRAZO
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (Mayor a 45 años)
	TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS		DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO
	FONCAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE		DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO
	LABORATORIO CI TOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
	LABORATORIO CLÍNICO		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO
	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES
	TERAPIA OCUPACIONAL		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
ULTRASONIDO	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN		
Consulta externa	CONSULTA PRIORITARIA	Quirúrgicos	QUIRUGIA GENERAL
	ENFERMERIA	Transporte Asistencial	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
	MEDICINA INTERNA	Urgencias	SERVICIO DE URGENCIAS
	GINECOOBISTETRICA	Otros servicios	ATENCIÓN A CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
	MEDICINA GENERAL		ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO
	ODONTOLOGIA GENERAL		ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR
	PEDIATRIA		ATENCIÓN INSTITUCIONAL NO HOSPITALARIA AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
	CIRUGIA GENERAL		ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR
	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Internación	CUIDADO BÁSICO NEONATAL
	OPTOMETRIA		GENERAL ADULTOS
	PSICOLOGÍA		GENERAL PEDIÁTRICA
	MEDICINA FAMILIAR		OBSTETRICA
	ANESTESIA		

El acceso a los servicios de promoción y prevención es gratuito para el afiliado y se obtiene a través de los programas contratados con las IPS Primarias y de las actividades que realizan en la misma comunidad los Equipos Básicos de Salud (EBS) del “Modelo de Atención de Coosalud” y que consisten principalmente en vigilancia epidemiológica con demanda inducida y tamizaje y seguimiento a las enfermedades crónicas y de alto impacto en el estado de salud de los afiliados, esta se realiza mediante diferentes estrategias como visitas domiciliarias, tamizajes, educación, orientación y capacitación a la comunidad, conformación y capacitación a las ligas de usuarios y vigilancia de la calidad de los servicios de salud contratados en la red de IPS del componente primario..

16.2 Servicios Componente Complementario

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 43 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en pretexto para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano que cuente con él.

Los servicios del Componente complementario indispensable en función de su oferta en los territorios son:

CODIGO	SERVICIO
105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL
106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO
107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS
108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL
109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO
110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
123	ATENCIÓN A CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PACIENTE AGUDO
124	INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL
126	HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL
128	INTERNACIÓN PARCIAL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
201	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
202	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA
205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
206	CIRUGÍA NEUROLÓGICA
207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA
208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA
209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA
211	CIRUGÍA ORAL
212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
215	CIRUGÍA UROLÓGICA
217	OTRAS CIRUGÍAS CIRUGIA GINECOLOGICA LAPAROSCOPICA - NO ONCOLÓGICO
219	TRASPLANTE RENAL
220	TRASPLANTE DE CORAZÓN
221	TRASPLANTE DE HÍGADO
222	TRASPLANTE DE PULMÓN
223	TRASPLANTE DE RIÑÓN PÁNCREAS
232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS
233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
234	CIRUGÍA DE TÓRAX
238	TRASPLANTE DE INTESTINO
239	TRASPLANTE MULTIVISCERAL
240	TRASPLANTE TEJIDOS OCULARES
241	TRASPLANTE DE TEJIDO OSTEOMUSCULAR

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 44 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

CODIGO	SERVICIO
242	TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS
243	TRASPLANTE DE PIEL Y COMPONENTES DE LA PIEL
244	TRASPLANTE DE TEJIDOS CARDIOVASCULARES
302	CARDIOLOGÍA
303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
305	CIRUGÍA NEUROLÓGICA
306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
308	DERMATOLOGÍA
309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - NO ONCOLÓGICO
310	ENDOCRINOLOGÍA
311	ENDODONCIA
316	GASTROENTEROLOGÍA
317	GENÉTICA
321	HEMATOLOGÍA
323	INFECTOLOGÍA
324	INMUNOLOGÍA
327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
330	NEFROLOGÍA
331	NEUMOLOGÍA
332	NEUROLOGÍA
335	OFTALMOLOGÍA
338	ORTODONCIA
339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA
340	OTORRINOLARINGOLOGÍA
343	PERIODONCIA
345	PSIQUIATRÍA
347	REHABILITACIÓN ORAL
348	REUMATOLOGÍA
354	TOXICOLOGÍA
355	UROLOGÍA
356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD - NO ONCOLÓGICO
361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
365	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
366	CIRUGÍA DE TÓRAX
367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
368	CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA
369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
377	COLOPROCTOLOGÍA
383	MEDICINA NUCLEAR
384	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
385	NEONATOLOGÍA
386	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
387	NEUROCIRUGÍA
388	NEUROPEDIATRÍA
396	ODONTOPEDIATRÍA
407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
410	CIRUGÍA ORAL
411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO
701	DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR
703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
704	NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA
705	HEMODINAMÍA
708	UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLÓGICA
713	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
715	MEDICINA NUCLEAR

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 45 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

CODIGO	SERVICIO
725	ELECTRODIAGNÓSTICO
730	NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR
731	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA
732	ECOCARDIOGRAFÍA
733	HEMODIÁLISIS
734	DIÁLISIS PERITONEAL
738	ELECTROFISIOLOGÍA MARCAPASOS Y ARRITMIAS CARDÍACAS
818	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
950	PROCESO ESTERILIZACIÓN

16.3 Telemedicina

Con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible, permita la finalidad de la prestación del servicio o garantice mayor oportunidad, en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta.

16.4 Garantía de servicios en el municipio de residencia

Para permitir el acceso efectivo a los beneficios en salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, las sucursales de Coosalud EPS deberán procurar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a, por lo menos, los servicios señalados como puerta de entrada al sistema, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

16.5 Atención servicios oncológico y cuidados paliativos

En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se cubre la atención ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

COOSALUD garantiza los servicios de oncología a través de la contratación de modelos integrales de atención de acuerdo con a la condición médica, conformando una ruta integral de atención para la patología oncológica y los cuidados paliativos, logrando la detección temprana, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Esto teniendo en cuenta la oferta de las zonas y los distritos sanitarios, contando con instituciones que son centro de excelencia y que cumplen con la normatividad vigente para la atención de la patología oncológica y los cuidados paliativos. Sumado a lo anterior se estipula una red de hogares de paso, una logística de transporte para garantizar el acceso a los servicios requeridos para el manejo de los pacientes.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 46 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

Se cuenta con una estrategia de seguimiento a través de llamadas personalizadas con el fin de verificar la prestación de los servicios y gestionar los servicios requeridos en su proceso de atención.

16.6 Portabilidad y movilidad

PORTABILIDAD: En los casos en que un afiliado decida trasladar su residencia o ubicarse en un municipio diferente a su sitio de afiliación, Coosalud garantiza su atención a través de su red de servicios en todos los municipios en los que opera, en caso de no hacer presencia en el que se encuentra radicado temporal o permanentemente el afiliado y una vez notificado según lo dispuesto en el Decreto 1683 de 2013, se inicia el trámite respectivo garantizando su atención con otros prestadores de salud o a través del convenio interinstitucional con las empresas aliadas a Gestarsalud que proporciona cobertura en 1.000 municipios aproximadamente.

Se cuenta con el procedimiento GRES-P-04 PORTABILIDAD que tiene descritas las actividades para este proceso. Si la emigración es por un mes, denominada Emigración Ocasional, el usuario podrá acceder al servicio de urgencias de las instituciones prestadores de servicios de salud que cuenten con este servicio en el municipio receptor. Si Coosalud ha conformado red de servicios en el municipio receptor, el usuario podrá asistir a cualquiera de estas instituciones. En caso de que la emigración sea superior a un mes e inferior a un año, es decir, una Emigración Temporal, Coosalud EPS deberá garantizar una IPS primaria en el municipio al que emigró el usuario y a partir de esta, el acceso a los servicios del Plan de Beneficios de Salud en la red de la EPS.

En caso de que COOSALUD no tenga presencia en el municipio de emigración del usuario, podrá hacer uso del convenio de cooperación interinstitucional para garantizar la portabilidad del seguro de salud, un convenio en el marco del artículo 6 del decreto 1683 de 21013 que permite la asociación con EPS para garantizar la atención de la población emigrante.

MOVILIDAD: De conformidad con lo establecido en el Decreto 3047 de 2013 se garantizará la movilidad de los afiliados de la EPS entre los dos regímenes, sin solución de continuidad en su aseguramiento en salud de sus afiliados que por cambios o intermitencias en sus condiciones socioeconómicas deban moverse de un régimen a otro.

Para todos los efectos y mientras no se superen los topes de afiliados de la EPS, correspondiente al 10% del total de sus afiliados, de que trata el Decreto 3047 de 2013, el régimen aplicable para la EPS es aquel para el cual esta inicialmente habilitado.

La Institución prestadora de servicios de Salud deberá prestar los servicios de salud según los indicadores de calidad de cobertura, oportunidad y resolutivez, para todos los afiliados de la EPS que migren del régimen subsidiado al contributivo con todo su núcleo familiar, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios del Plan de Beneficios de Salud de manera integral desde el primer día.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 47 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

[FUERA DE LA INTRANET ES COPIA NO CONTROLADA]

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

17 RECEPCIÓN DE CUENTAS

17.1 Trámite de Facturas

Para todos los efectos, a la factura deberán anexarse los soportes definidos en el Anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 y los correspondientes según cada modalidad de contratación y que son pactados en los acuerdos de voluntades.

El procedimiento para la recepción de cuentas se encuentra descrito en el procedimiento **GF-P-05 RECEPCION, RADICACIÓN Y CAUSACIÓN DE FACTURAS DE SERVICIOS DE SALUD.**

Para la recepción de factura se dispone de las siguientes oficinas a nivel nacional:

DEPARTAMENTO	SEDE	DIRECCION	TELEFONO
Antioquia	Sede principal Medellín	Avenida 33 No 74 B - 163	(+57 4) 414 44 48
Atlántico	Sede Barranquilla	Cra.58 No 75-17 Of. 1A Edificio Bareke	(+57 5) 385 3205
Cundinamarca	Sede Bogotá	Calle 39 No. 7-40	(+57 1) 390 4176
Bolívar	Sede Cartagena	Carretera Olaya No 52 - 136	(+57 5) 693 22 93
Boyacá	Sede Tunja	Transversal 11 No 10-64	(+57 8) 745 44 36
Cesar	Sede Valledupar	Carrera 11 No 13C - 48 Edificio Saravelli, Ofi.201	(+57 5) 589 79 17
Córdoba	Sede Montería	Calle 26 No 11 - 64	(+57 4) 789 02 04
Magdalena	Sede Santa Marta	Calle 22 No 14 - 05 Local 101	(+57 5) 436 81 50
Norte de Santander	Sede Cúcuta	Av. 6 E No 7A - 61 - 1er piso	(+57 7) 589 37 23
Santander	Sede Bucaramanga	Av. González Valencia No 48 - 14. Piso 4.	(+57 7) 647 00 33
Sucre	Sede Sincelejo	Carrera 14 No 15A - 51	(+57 5) 276 04 74
Valle	Sede Cali	Calle 9 No 34 - 54	(+57 2) 556 58 29

17.2 Trámite de reclamaciones (objeciones y glosas)

Para todos los efectos las objeciones y glosas se atenderán a los términos e instrucciones establecidos en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 y la Resolución 4331 de 2012, y demás normas que las adiciones o modifiquen. Coosalud EPS no creará causales de devolución, objeción o glosa distintas a las establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en estas resoluciones.

18 SUPERVISIÓN DEL CONTRATO Y AUDITORÍA

La supervisión de los contratos estará a cargo de la Dirección de Salud de cada sucursal, con el apoyo de la Auditoría definida por la compañía, en el caso de contratos nacionales el supervisor asignado será el Director Nacional de Salud.

La evaluación y seguimiento a la ejecución de los contratos se hará en función al modelo de auditoría integral estipulado por la organización.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 48 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

18.1 Estándares de cobertura, oportunidad y resolutivez

En este componente se evalúan los resultados de los indicadores de las IPS que conforman la red, tanto para servicios del ámbito ambulatorio como hospitalario, en los diferentes niveles de complejidad del componente primario y complementario.

Se realizará evaluación de la gestión de la prestación en oportunidad, accesibilidad, continuidad, integralidad, resolutivez y resultados en salud a través del seguimiento a los indicadores contemplados en la normatividad, Resolución 256 de 2016, Resolución 1552 de 2013, Resolución 4505 de 2012.

Este seguimiento se basa en los indicadores para el monitoreo de la calidad de la red de prestadores de servicios de salud reportados a través de la plataforma SISPRO para las dimensiones de efectividad, seguridad y experiencia de la atención según la Resolución 256 de 2016, el procedimiento para el seguimiento y evaluación de estos se encuentra descrito en el procedimiento GRES-P-20 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL DESEMPEÑO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD.

Cada indicador tiene una ficha técnica con numerador, denominador, fuente y periodicidad. Las fuentes de información utilizadas para las mediciones son SISPRO, reportes del prestador al Ministerio de Salud y Protección Social, recolección directa en la fuente por la EAPB, encuestas de percepción elaboradas por la EAPB, Reporte de Resolución 4505 de 2012, RIPS. Para la recolección directa se cuenta con un instrumento de recolección de la información en la IPS, con el fin de obtener información de la fuente, confiable, completa y oportuna.

La medición de los indicadores se realizará de acuerdo con lo establecido en la normatividad, por lo cual algunos serán de seguimiento mensual, trimestral, semestral y anual. La información será analizada en cada sucursal en el comité de calidad para posteriormente hacer la socialización de los resultados a los prestadores.

Los siguientes serán los mecanismos de evaluación y metas de cumplimiento establecida para los prestadores en la actividad contractual. La oportunidad en los diferentes niveles de atención es inversamente proporcional al acceso a los servicios, así que el tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional, para atender la demanda de los servicios que recibe.

A continuación, se presentan los grupos de indicadores según modalidad de contratación y que son objeto de cumplimiento:

Modalidad de capitación - Metas de cumplimiento de Producción y Resolutivez

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 49 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

[FUERA DE LA INTRANET ES COPIA NO CONTROLADA]

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

INDICADOR	DESCRIPCION	FUENTE	FRECUENCIA	ESTANDAR	RANGO DE VARIABILIDAD FRENTE AL PAGO	PONDERACION
1.FRECUENCIA DE USO PACTADA DE MEDICINA GENERAL	NUMERO DE CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL, POR PACIENTE, POR AÑO.	RIPS BASE DE DATOS	MENSUAL	1.8 CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL, POR AFILIADO, POR AÑO	CUMPLIMIENTO DE 81 A 100 % DE LA META = PAGO DEL 100 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO)	50%
2.FRECUENCIA DE USO PACTADA DE ODONTOLOGIA GENERAL	NUMERO DE CONSULTAS DE ODONTOLOGIA GENERAL, POR PACIENTE, POR AÑO.	RIPS BASE DE DATOS	MENSUAL	1.8 CONSULTAS DE ODONTOLOGIA GENERAL, POR AFILIADO, POR AÑO	CUMPLIMIENTO DE 81 A 100 % DE LA META = PAGO DEL 100 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) CUMPLIMIENTO DE 61 A 80.9 % DE LA META = PAGO DEL 90 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) CUMPLIMIENTO MENOR A 61 DE LA META = PAGO DEL 70 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO)	20%
3.OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO, LABORATORIO Y RADIOLOGIA AMBULATORIOS	NUMERO DE DIAS ENTRE LA SOLICITUD DE ATENCION Y LA PRESTACION DEL SERVICIO	INDICADOR ENTREGADO POR LA IPS CIRCULAR 030 Y 056 SNS	TRIMESTRAL	3 DIAS HABILES	De 0 A 3 DIAS = PAGO DEL 100 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) MAYOR DE 3 DIAS A 10 DIAS = PAGO DE 60 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) Y SUPERIOR A 10 DIAS = EL 0 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO)	20%
4.TASA DE REMISION DE PACIENTES NO OBSTETRICOS A SEGUNDO Y TERCER NIVEL	PORCENTAJE DE PACIENTES NO OBSTETRICOS ATENDIDOS EN CONSULTA DE MEDICINA GENERAL REMITIDOS PARA SU ATENCION EN SEGUNDO O TERCER NIVEL	BASE DE DATOS DE ATENCION DE PACIENTES EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL	TRIMESTRAL	15%	CUMPLIMIENTO DE 15 % O MENOS = PAGO DEL 100 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) CUMPLIMIENTO DE 15,1 % AL 16,5 % = PAGO DEL 90 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO) CUMPLIMIENTO MAYOR DEL 16,5 % = PAGO DEL 70 % (SOBRE EL VALOR PONDERADO)	10%

SERVICIO	OPORTUNIDAD
MEDICINA GENERAL	2 DIAS CALENDARIO
CONSULTA ODONTOLÓGICA	3 DIAS CALENDARIO
AMBULANCIA	INMEDIATO
APOYO DIAGNOSTICO, LABORATORIO Y RADIOLOGÍA, AMBULATORIOS	3 DIAS CALENDARIO
HOSPITALIZACION	INMEDIATO
URGENCIAS	INMEDIATO
TIEMPO MÍNIMO ASIGNADO A LA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, PRIMERA VEZ	20 MINUTOS
TIEMPO MÍNIMO ASIGNADO A LA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, CONTROL	15 MINUTOS
TIEMPO MÍNIMO ASIGNADO A LA CONSULTA DE URGENCIAS	30 MINUTOS
TIEMPO MÍNIMO DE ATENCION DE URGENCIAS TRIAGE I	INMEDIATO
TIEMPO MÍNIMO DE ATENCION DE URGENCIAS TRIAGE II	30 MINUTOS
TIEMPO MÍNIMO DE ATENCION DE URGENCIAS TRIAGE III	MENOS DE 1 HORA

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

INDICADORES DE CALIDAD PARA LA CONTRATACION DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Nombre del indicador	CÁLCULO DEL INDICADOR
Proporción de medicamentos PBS entregados oportunamente	Número total de medicamentos PBS formulados por el médico tratante que son entregados la primera vez que el usuario los solicita / Número total de medicamentos PBS formulados solicitados por el usuario
Proporción de medicamentos NO PBS entregados oportunamente	Número total de medicamentos NO PBS formulados por el médico tratante que son entregados la primera vez que el usuario los solicita / Número total de medicamentos NO PBS formulados solicitados por el usuario
Proporción de medicamentos pendientes entregados oportunamente	Número total de medicamentos en estado de pendientes entregados en las 48 horas siguientes a la solicitud inicial / Número total de medicamentos pendientes

Seguimiento a los programas de riesgo.

Para la medición de los programas de riesgo cardiovascular y gestantes, se utilizarán los indicadores de cobertura, resultados e impacto que se establecen en el Anexo Indicadores que hace parte integral de los contratos.

Por su parte los paquetes por grupo de riesgo VIH, Hemofilia y Renales, son medidos con indicadores de resultado e impacto que se pactan en el marco de la contratación.

19 INCENTIVOS ORIENTADOS A RESULTADOS

Con el objetivo de incentivar los resultados en salud y buscar una relación asegurador-prestador más equilibrada, en la cual los dos agentes obtengan beneficios en términos de calidad de atención en salud de la población y económicos, Coosalud considera el pago por resultados como una opción que permita construir con el prestador un sistema de incentivos a partir de la definición de indicadores y de sistemas de información que contribuyan al seguimiento, trazabilidad y monitoreo permanente a resultados.

Para lo anterior, se prioriza las cohortes de manejo para pacientes con riesgo cardiovascular y gestantes, así mismo se define tres tipos de indicadores para tener en cuenta en la construcción de este tipo de modalidad, cobertura, resultados e impacto.

Buscamos garantizar el cumplimiento de la cobertura de las actividades por afiliado según los protocolos definidos por la dirección de epidemiología, con el fin de evaluar el cumplimiento de dichas actividades de acuerdo con la programación y agendamiento de citas según el esquema de tratamiento que aplique.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 51 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

Así mismo, se debe garantizar la información requerida vía historias Clínicas y soportes de resultados de pruebas diagnósticas y laboratorios, que contribuyan al monitoreo y cumplimiento de los indicadores de resultados y sus metas asociados a cada cohorte.

Finalmente se debe establecer el indicador de impacto, cuantificable y con un periodo de medición tal que permita medir relación causa - efecto.

El resultado del cumplimiento de los indicadores según metas establecidas y concertadas con los prestadores permitirá destinar una parte variable del pago según resulte su cumplimiento.

20 CONTROVERSIAS CONTRACTUALES

Cuando surjan discrepancias en la interpretación de las normas aplicables, se utilizarán como mecanismo de solución en la primera instancia la búsqueda de soluciones ágiles y rápidas y en forma directa, a través de reunión entre las partes, que podrá ser solicitada por cualquiera de éstas y deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a su solicitud. En caso de no llegar a un acuerdo en la primera instancia, se procederá a hacer uso en segunda instancia del proceso de conciliación, ante la Superintendencia Nacional de Salud. En caso de fracasar la segunda instancia, toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá ante la justicia ordinaria.

21 CESIÓN DEL CONTRATO

Los contratos suscritos entre los prestadores y Coosalud EPS no podrán ser cedidos. Coosalud EPS sólo contratará los servicios que el prestador tenga habilitados en el REPS. Cualquier intermediación entre prestadores será considerada práctica insegura y será causal de terminación unilateral del contrato.

22 LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

Todos los contratos que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados en un plazo de cuatro (4) meses, contados a partir de la fecha de finalización del plazo de ejecución del contrato, o de la fecha del acuerdo de terminación celebrado entre las partes, de la fecha de terminación unilateral por alguna de las partes o de la fecha de la sentencia o decisión Judicial emitida por la Autoridad competente que involucre la terminación del presente contrato.

La liquidación se llevará a cabo mediante la suscripción de un acta suscrita entre las partes, previa citación suscrita por Coosalud, en la que se establecerán las sumas u obligaciones que puedan resultarse a deber entre sí, incorporando de manera detallada la liquidación que arroje los saldos correspondientes, las restituciones y descuentos realizados por el encargado fiduciario del ADRES entes nacionales o territoriales, entes de control o auditoría. Dicha liquidación deberá indicar los saldos a favor o en contra o que las Partes

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 52 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

				MANUAL DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

se encuentran a paz y salvo y que renuncian a entablar cualquier acción judicial en contra de la otra, exceptuándose los casos de falla medica que correspondan.

Si por cualquier motivo, al liquidarse el Contrato existieran sumas pendientes entre las partes, estas convendrán el plazo y la forma de hacer el pago, así como cualquier otro asunto relacionado con el mismo. Si EL CONTRATISTA no se presenta a la liquidación bilateral, será practicada directa y unilateralmente por EL CONTRATANTE dentro de los tres (3) años siguientes a la expiración de este, mediante acto escrito que será comunicado al domicilio principal de EL CONTRATISTA, registrado en el certificado de existencia y representación legal vigente, contra el cual procede el recurso de reposición dentro de los tres (3) días siguientes a su comunicación.

El procedimiento se denomina GR-P-16 LIQUIDACION DE CONTRATOS DE SERVICIOS DE SALUD.

23 CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

1. Por mutuo acuerdo.
2. Por incumplimiento de las obligaciones del contratista contenidas o emanadas del presente contrato.
3. Por fuerza mayor o caso fortuito demostrado.
4. Cuando el término de suspensión supere los 4 meses, sin que se haya reanudado el contrato,
5. Por revocatoria de funcionamiento de una de las partes.
6. Por orden de autoridad pertinente y/o competente.
7. Por decisión unilateral de cualquiera las partes, con previo aviso de treinta (30) días calendario.
8. Cuando el contratante documente no conformidades graves en los procesos de atención y/o facturación de los servicios.
9. Cualquier sanción impuesta por parte de las Autoridades de Inspección, Vigilancia y Control a el contratista y que tengan que ver con hechos o actos que afecten la calidad de los servicios contratados.
10. El contratante podrá terminar el contrato derivado de la no ejecución de los planes de mejoramiento solicitados en debida forma y por escrito al contratista sin que medie justa causa para dicha omisión.
11. Por cualquier situación donde alguna de las partes deje de hacer presencia en el municipio de prestación del servicio.
12. Cuando haya operado la condición resolutoria expresa.
13. Por resolución judicial debidamente ejecutoriada.
14. El contratante podrá terminar el contrato de manera unilateral si por causa de investigación administrativa, judicial o de vigilancia y control, el contratista resulte sancionado por acto que afecte el Código del buen Gobierno, la transparencia, la lealtad y confianza legítima de las partes.
15. El contratante podrá terminar el contrato de manera unilateral, cuando el contratista subcontrate sin su autorización.

24 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Las partes declaran bajo la gravedad del juramento que los recursos que dispongan para la ejecución del contrato provienen del giro ordinario de los negocios derivados de su actividad económica y que no son

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 53 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

[FUERA DE LA INTRANET ES COPIA NO CONTROLADA]

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

producto de actividades ilícitas. En el evento en que las autoridades competentes efectúen algún requerimiento con respecto a los recursos de las partes, estas quedan obligadas a responder ante las mismas. Las partes, con la firma del contrato, se obligan a suministrar toda la información que le sea solicitada relacionada con la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo.

25 CONFIDENCIALIDAD

Las partes reconocen la naturaleza confidencial de cualquier información que no sea del dominio público, que lleguen a tener en el proceso de celebración y ejecución de este contrato y se obligan a no utilizarla en beneficio propio o ajeno, ni a divulgarla a ningún tercero, sin permiso previo escrito de la parte a la cual pertenece. Por esta razón, las partes tomarán las mismas medidas de seguridad que normalmente ejercen respecto de sus propias informaciones, datos, etc., y que tengan el carácter de reservado.

La obligación de confidencialidad que adquieren las partes a través de este contrato en virtud de la presente estipulación se extenderá por veinticuatro (24) meses después de expirado el término de duración del presente contrato.

26 POLITICA DE DERECHOS HUMANOS

Que entre las partes se comprometen a promover el respeto a los Derechos Humanos y libertades de todas las personas, en el desarrollo de la actividad contractual, acogiéndose a lo consagrado en la Carta Internacional de los Derechos Humanos, Pacto Global y Principios Rectores de la ONU.

27 SEGURIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS:

En el marco de la contratación, se pactan condiciones para la seguridad y tratamiento de datos así: “ El contratista conoce y autoriza que sus datos serán tratados conforme a la normatividad vigente en relación con la protección de datos, por tanto LAS PARTES se obligan a: (i) no difundir, comentar, copiar, explotar, entregar o comunicar a terceros información y/o datos o hacer un uso diferente de ésta, la cual deberá ser manejada con absoluto cuidado y confidencialidad. (ii) abstenerse de utilizar información confidencial para ventaja personal, ni provecho para terceros, ni de ninguno de sus empleados o personal contratado”.

ANEXO - GLOSARIO DE TERMINOS

TERMINOS ASOCIADOS AL PROCESO DE CONTRATACIÓN:

Para efectos de resolver las controversias contractuales se tendrán en cuenta los siguientes términos utilizados comúnmente en los procesos de contratación de servicios de salud.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 54 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- **Redes integrales de prestadores de servicios de salud:** conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud."
- **Componente primario:** conformado y organizado por Municipio donde tenga afiliados por la EPS, con los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social como primarios para la prestación de los servicios de salud.
- **Componente complementario:** dirigido a la atención de aquellos eventos que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario, las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.
- **Ruta De Atención Por Riesgo:** Conjunto articulado de IPS que orienta y ordena la gestión de la atención integral de una patología asociada a un grupo de riesgo específico de manera continua y consecuente con la situación y características de cada territorio.
- **Zona Sanitaria:** Corresponde a un municipio en el que se concentra la atención en salud teniendo en cuenta los criterios de georreferenciación, disponibilidad de oferta de mediana complejidad y población afiliada.
- **Distrito Sanitario:** Corresponde a un municipio en el que se concentra la atención en salud de alta complejidad y que forma parte de la ruta de atención en salud.
- **Red de Prestación de Servicios Oncológicos:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud para la atención integral de cáncer, en lo correspondiente a la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, para garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, como parte de las RIPSS.
- **Red de Urgencias:** Es el conjunto articulado de servicios habilitados por Prestadores de Servicios de Salud para la atención de urgencias, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social como parte de las RIPSS.
- **Modelo de Atención en Salud:** Conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el acceso a la salud de los afiliados de COOSALUD para la promoción de la salud, prevención

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 55 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

- **Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos
- **Aparato ortopédico:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.
- **Atención ambulatoria:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.
- **Atención con internación:** Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.
- **Atención de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.
- **Atención domiciliaria:** Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.
- **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.
- **Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 56 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

- **Combinación de dosis fijas (CDF):** Medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.
- **Complicación:** Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.
- **Concentración:** Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
- **Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.
- **Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.
- **Consulta psicológica:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: Anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.
- **Cuidados Paliativos:** Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.
- **Dispositivo médico para uso humano:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 57 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- a) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
 - b) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
 - c) Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
 - d) Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
 - e) Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
 - f) Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.
- **Enantiómero:** Los enantiómeros son un tipo particular de estereoisómeros que dependiendo de la disposición espacial de los átomos se denominan "S" o "R" y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan "dextro" (d) si es hacia la derecha o "levo" (l) si es hacia la izquierda.
 - **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** Es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto.
 - **Enfermo en fase terminal:** Aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.
 - **Equipo biomédico:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.
 - **Esteroisómero:** Es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.
 - **Forma farmacéutica:** Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: Jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.
 - **Hospital Día:** Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 58 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

- **Interconsulta:** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico- científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.
- **Intervención en salud:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
- **Margen terapéutico:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
- **Material de curación:** Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.
- **Medicamento:** Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.
- **Medicinas y terapias alternativas:** Son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico.
- **Mezcla racémica:** Es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple.
- **Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
- **Principio activo:** Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.
- **Procedimiento:** Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 59 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- **Prótesis:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
- **Psicoterapia:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.
- **Referencia y contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- **Subgrupo de referencia:** Son agrupaciones de medicamentos que se realizan teniendo en cuenta características específicas como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico y terapéutico o similitud de características como indicaciones o patología. Las agrupaciones en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica, son la expresión de cobertura de un plan implícito.

En cuanto a subgrupos de referencia, el plan de beneficios podrá definir un Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) para ellos o expresar únicamente la cobertura para el subgrupo de referencia sin establecer dicho VMR.

- **Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.
- **Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 60 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

acceso a los servicios en su área geográfica.

- **Valor Máximo de Reconocimiento (VMR).** Es el valor máximo que se tiene en cuenta para efectos del cálculo de la UPC por medicamento o subgrupo de referencia de medicamentos. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC.

El Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) no se constituye en una regulación o fijación de precios del mercado, ni en un valor de facturación o tarifa única.

TERMINOS ASOCIADOS AL PROCESO DE FACTURACION:

- **Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.
- **Devolución:** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de esta.
- **Registro de atención:** La generación de un registro en la herramienta tecnológica dispuesta por COOSALUD para reporte de la asistencia a la prestación de los servicios requeridos por el usuario por parte del prestador de servicios, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago.
- **Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.
- **Factura o documentos equivalente:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, el código de comercio y la Ley 1231 de 2008, dando cuenta de la transacción efectuada.
- **Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario mediante los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), de cada uno del ítem(s) resumidos en la factura,

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 61 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

debidamente valorizados. Aplica a todo tipo de factura presentada a Coosalud EPS. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al ADRES, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

- **Registro de atención:** Corresponde al registro de la atención de servicios ambulatorios u hospitalarios en la herramienta tecnológica que representa el aval para la prestación de un servicio de salud por parte de un prestador de servicios determinado. Este registro lo realiza el prestador con cargo al acuerdo de voluntades, carta de intención o contrato. El grupo de auditoría realiza la verificación del registro de atención en el aplicativo determinado comprobando la asistencia a la prestación del servicio.
- **Resumen de atención o epicrisis:** Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen. Debe anexarse a la factura de toda atención hospitalaria o de urgencia
- **Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico:** Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para los estudios de laboratorio clínico e imagenología básicos, de primer nivel contratados por capitación.
- **Descripción quirúrgica:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo. Debe anexarse en toda factura de procedimiento quirúrgico.
- **Registro de anestesia:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo. Debe anexarse en toda factura de procedimiento quirúrgico.
- **Comprobante de recibido del usuario:** Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Debe presentarse en toda factura de servicios ambulatorios y de apoyo terapéutico de rehabilitación ambulatorias. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme o registre la huella.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 62 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

- **Hoja de traslado:** Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente. Debe anexarse a toda factura de traslado de pacientes.
- **Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. Debe anexarse a toda factura de medicamentos y de otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos.
- **Lista de precios:** Documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén previamente pactados con Coosalud EPS e incluidos en el listado de precios anexo al contrato, o en los casos de atención sin contrato
- **Factura por el cobro al SOAT y/o ADRES:** Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del ADRES por la atención de un paciente afiliados a Coosalud EPS. Se anexará a la factura presentada a Coosalud EPS cuando la atención del accidente de tránsito excedente 800 SMLDV.
- **Historia clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dentro del equipo de salud se incluyen los auditores concurrentes de Coosalud EPS. El prestador lo pondrá a disposición de Coosalud EPS, en forma excepcional para los casos de atenciones de alto costo.
- **Hoja de atención de urgencias:** Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.
- **Odontograma:** Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.
- **Hoja de administración de medicamentos:** Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.
- **Recaudo de pagos compartidos:** La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en el contrato el recaudo de estos por parte de los prestadores de servicios de salud, se considerará pago anticipado parcial por lo que el prestador descontará el valor recaudado del valor de la factura. Solamente podrán

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 63 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	

Código:	GR-M-01	Actualización:	13	Resp. Operativo:	Director de análisis de la demanda
Fch. Actualización:		2021.jul.12		Nivel de Operación:	Nacional - Sucursal

considerarse como parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

- **Recibo de pago compartido:** Recibo de o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario al prestador. Se debe anexar para dejar constancia del valor que efectivamente recaudó el prestador y por ende se descuenta de la factura presentada a Coosalud EPS.
- **Revisión y visado previo:** Cuando el prestador tenga asignado un auditor concurrente por parte de Coosalud EPS, las facturas o cuentas se visarán previamente al interior de los prestadores, para agilizar la presentación y/o radicación de estas. De no existir auditor concurrente asignado al prestador, Coosalud EPS no exigirá como requisito para la presentación y/o radicación de la factura o cuenta, la revisión o visado previo de las mismas.
- **Trazabilidad de la factura:** Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, Coosalud EPS establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 64 de 64
Director de análisis de la demanda	Director de procesos y calidad	Presidente Ejecutivo	