

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	1 de 41

## Contenido del manual

1.	Responsable.....	3
2.	Introducción .....	3
3.	Definiciones .....	3
4.	Justificación y alcance .....	3
5.	Objetivo general .....	4
5.1	Objetivos específicos .....	4
6.	Usuarios del Manual de Relacionamiento .....	4
7.	Marcos de referencia .....	4
7.1	Marco Legal .....	4
8.	Contenido del Manual.....	8
8.1	Referencia y contrarreferencia .....	9
8.1.1	Verificación o validación de derechos .....	9
8.1.2	Reportes del Aseguramiento.....	10
8.1.3	Notificación de la urgencia. ....	11
8.1.4	Solicitud de autorización de servicios posterior a la atención inicial de urgencias. ....	11
8.1.5	Solicitud de referencia.....	12
8.1.6	Solicitud de contrarreferencia.....	12
8.1.7	Solicitud de autorización de servicios electivos. ....	13
8.1.8	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.....	19
8.1.9	Programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia.....	23
8.1.10	Programas de seguimiento farmacoterapéutico .....	23
8.1.11	Consideraciones generales de los prestadores de servicios de salud (Ámbitos: ambulatorias, hospitalarias y de atención domiciliaria) y gestores farmacéuticos y proveedores.....	24
8.2	Facturación y pagos a la Red de Prestadores.....	25
8.2.1	Consideraciones Generales .....	25
8.2.2	Aspectos legales que deben contener la factura o documento equivalente.....	27
8.2.3	Radicación de factura .....	28
8.2.4	Flujo de los recursos y trámite de las facturas.....	28
8.2.5	Glosas y Devoluciones.....	30

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	2 de 41

8.2.6	Recaudo de copagos y cuotas moderadoras .....	31
8.2.7	Recobro de servicios contratados por modalidad cápita o PGP. ....	32
8.3	Información e indicadores de obligatorio reporte por parte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e indicadores de seguimiento.....	32
8.3.1	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud “RIPS” .....	33
8.3.2	Reporte de las actividades de las rutas integrales de atención en salud, según lo establecido en las Resoluciones 3202 de 2016 y 3280 de 2018, se deben reportar de acuerdo con lo establecido en dicha normatividad, para lo cual están dispuestas las siguientes herramientas: RIPS web, PAI WEB, Gestión 4505, SIVIGILA, Cuentas de Alto Costo, entre otros.....	35
8.3.3	Indicadores de seguimiento a las IPS y/o prestadores de servicios de salud .....	35
8.3.4	Auditoria de Calidad a la Red de Prestadores contratada .....	36
8.3.5	Gestión acompañamiento integral.....	36
8.3.6	Reporte de información clínica del afiliado .....	36
8.4	Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS. ....	37
8.5	Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):.....	38
8.6	Sistema de Información Conexiones .....	40
8.7	Reporte Resolución 1552 de 2013 .....	40
9.	Registros .....	40
10.	Anexos .....	41
11.	Referencias .....	41

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	3 de 41

## 1. Responsable

Dirección de acceso a servicios de salud

## 2. Introducción

El relacionamiento institucional constituye una de las principales acciones que deben adelantar las instituciones u organizaciones de cualquier naturaleza jurídica en procura de alinear los objetivos comunes entre dos o más personas o grupos de interés, con el fin de alcanzar en forma eficiente la realización de las responsabilidades o tareas que cada cual debe cumplir conforme un acuerdo de voluntades.

Por lo anterior, y en el contexto del modelo de aseguramiento en salud en Colombia en especial lo que se refiere a la relación entre la Entidad Promotora de Salud (EPS) y la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), es necesario disponer de instrumentos que permitan en forma rápida y práctica, conocer los principales determinantes que ha implementado la EPS para facilitar la operatividad de los procesos inmersos en la relación contractual y que buscan garantizar la oportunidad y el acceso efectivo a la atención en salud de los afiliados a la ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SAVIA SALUD EPS) y dar a conocer mecanismos y canales que contribuyan a mejorar la comunicación entre los usuarios del Manual de Relacionamiento y finalmente proporcionar los elementos principales que se deben tener en cuenta por el prestador de servicios que se derivan de la normatividad vigente y de las disposiciones contractuales, para así hacerse efectivo el reconocimiento económico por la prestación de una actividad y tecnología en salud por parte de la EPS en calidad de entidad responsable de pago.


## 3. Definiciones

No aplica.

## 4. Justificación y alcance

El presente documento sintetiza aspectos fundamentales para el relacionamiento que se construye en el marco del acuerdo de voluntades. La información presentada incluye una recopilación de normas y consideraciones de índole general como particular de la EPS, conformándose así en fuente de consulta.

Este documento servirá como punto de referencia e instrumento aclaratorio para facilitar la toma de decisiones tanto de la EPS como de la IPS que tiene relación con los procesos que se desarrollan durante el relacionamiento institucional.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	4 de 41

## 5. Objetivo general

Establecer los aspectos administrativos y operativos a los cuales se le deberá dar cumplimiento conforme los compromisos adquiridos contractualmente por cada una de las instituciones que hacen parte de la Red de Servicios de Salud de la ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS E.P.S S.A.S (SAVIA SALUD EPS); de manera tal que contribuya al cumplimiento del rol del asegurador, estableciendo las responsabilidades operacionales en el actual Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS), que se orientan especialmente al aseguramiento y la gestión del riesgo en salud.

### 5.1 Objetivos específicos

- Enunciar las actividades que deberán conocer y realizar las IPS en el proceso de referencia y contrarreferencia.
- Fortalecer y facilitar la operación de los prestadores en torno al relacionamiento con la EPS
- Precisar los requisitos que deben cumplir las IPS para la facturación y pago de la actividad y tecnología en salud prestada.
- Referenciar la información e indicadores de obligatorio cumplimiento que deberá reportar la IPS derivado de la prestación de una actividad o tecnología en salud.
- Generar una estrategia conjunta para implementar las políticas MIAS, PAIS y RIAS y el seguimiento conjunto a la implementación de las Rutas Integrales de Atención.

## 6. Usuarios del Manual de Relacionamiento


Los usuarios a los cuales está dirigido el presente Manual de relacionamiento son las distintas áreas de SAVIA SALUD EPS y los prestadores de servicios de salud, que participan en la prestación de la actividad o tecnología en salud a los afiliados de la EPS.

## 7. Marcos de referencia

### 7.1 Marco Legal

La elaboración del presente manual está sustentada en las siguientes disposiciones legales:

**Resolución 3374 de 2000:** “Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios sobre los servicios de salud prestados”.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	5 de 41

**Decreto 4747 de 2007:** Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 3047 de 2008:** Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007

**Resolución 4816 de 2008:** Por el cual se reglamenta el programa nacional de Tecnovigilancia a fin de fortalecer la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, operadores y todas aquellas personas que se ven implicadas directa o indirectamente en la utilización de dispositivos médicos.

**Circular 056 de 2009:** Sistema de indicadores de alerta temprana.

**Resolución 416 de 2009:** Realiza modificaciones a la Resolución 3047 de 2008.

**Resolución 1220 de 2010:** Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE.

**Resolución 4331 de 2012:** Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009.


**Resolución 1552 de 2013:** Por medio del cual se reglamenta parcialmente los Artículos 123 y 124 del Decreto – Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

**Decreto 1683 de 2013:** Por medio del cual se reglamenta el Artículo 22 de la Ley 1430 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Resolución 1604 de 2013:** Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Se establece que en el evento excepcional en que la Entidad Promotora de Salud no pueda realizar la entrega completa en el momento que se reclamen los medicamentos, éstas deberán disponer del mecanismo para que en un lapso no mayor a 48 horas se coordine y garantice su entrega en el lugar de residencia o trabajo si el afiliado lo autoriza.

**Decreto 3047 de 2013:** Por medio del cual se establecen las reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del SISBÉN.

**Resolución 5395 del 2013:** Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	6 de 41

**Circular 016 de 2014:** Exención de copagos y cuotas moderadoras por Leyes especiales.

**Ley 1751 de 2015:** La cual tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

**Resolución 1479 de 2015:** Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y el pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el plan obligatorio de Salud suministradas a los afiliados al Régimen Subsidiado.

**Decreto 780 de 2016:** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

**Resolución 1441 de 2016:** Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 429 de 2016:** Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

**Resolución 1478 de 2006:** Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado.


**Resolución 3202 de 2016:** Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones

**Resolución 532 de 2017:** Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 1132 de 2017:** Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015.

**Resolución 1885 del 2018:** Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 2438 del 2018:** Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del régimen subsidiado, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	7 de 41

**Resolución 244 de 2019** Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

**Ley 1955 de 2019** Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022

**Decreto Ley 2106 de 2019** Ley anti-trámites. Se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública.

**Ley 1949 de 2019:** Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones. Mediante la cual se establece el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en materia sancionatoria.

**Resolución 048 de 2019:** Modifica la resolución 1885 de 2018.

**Resolución 2481 de 2020:** Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

**Decreto 064 de 2020:** Se toman medidas para buscar cobertura de universal de toda la población que reside en Colombia.


**Resolución 521 de 2020:** Por el cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en personas de 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la Emergencia Sanitaria por COVID 19

**Resolución 3280 de 2018:** Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación

**Resolución 2238 de 2020:** Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.

**Resolución 2626 de 2019:** Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE

**Resolución 3100 de 2019:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	8 de 41

**Resolución 094 del 2020:** Por la cual se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado y contributivo por parte del ADRES.

**Resolución 3514 de 2019:** Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro/cobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización.

**Resolución 205 de 2020:** 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 cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo.

**Resolución 206 de 2020:** 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, y Entidades Obligadas a Compensar para la vigencia 2020, y las demás normas que se adicionen o sustituyan.

**Circular 001 de 2020:** Super Salud. por la cual se imparten instrucciones sobre el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a nivel territorial, haciendo obligatoria la adopción e implementación de la guía de auditoría y del informe de auditoría dentro de los plazos establecidos.


**Resolución 2020007532 de 2020:** Por la cual se modifica el Programa Nacional de Reactivovigilancia.

**Resolución 0315 de 2020:** Por la cual se actualizan los listados de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y demás sustancias sometidas a fiscalización, de aquellas clasificadas como monopolio del estado y de los medicamentos de control especial de uso humano y veterinario, y se dictan otras disposiciones.

## 8. Contenido del Manual

El contenido está orientado a brindar información complementaria y aclaratoria sobre los principales determinantes del relacionamiento entre la EPS y los prestadores de servicios de salud, los procesos de referencia y contrarreferencia, facturación de servicios, pagos a la red prestadora, los requerimientos de información e indicadores que son de obligatorio reporte por la Institución Prestadora de Servicios y la articulación entre los actores para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud. En este orden de ideas, el Manual de Relacionamiento se constituye en un documento de interés y obligatoria lectura por la IPS que constituye una relación contractual con SAVIA SALUD EPS, además remite a otros manuales que hacen parte del contrato.



	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	9 de 41

## 8.1 Referencia y contrarreferencia

### 8.1.1 Verificación o validación de derechos

La verificación de derechos de los afiliados es el procedimiento por medio del cual se identifica el derecho del afiliado a recibir la prestación de una actividad o tecnología en salud que hace parte del Plan Básico de Salud de acuerdo a su estado de afiliación, así mismo, durante esta acción es posible conocer entre otras características del afiliado, su IPS primaria, la modalidad de pago del afiliado para la prestación de los servicios de salud, el tipo de copago o cuota moderadora, entre otras. En cumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente, el procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" (Resolución 5596 de 2015) y no podrá ser causa en ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.


La ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S, dispone en forma permanente y en tiempo real de un mecanismo de verificación del derecho o calidad de afiliado en el régimen subsidiado en forma electrónica y telefónica exclusivamente en el evento de presentarse dificultades con el primero. La consulta electrónica puede hacerse a través de la dirección electrónica [www.saviasaludeps.com](http://www.saviasaludeps.com), opción "verifique su afiliación" y telefónicamente a través del número 018000423683 las 24 horas del día.

Es importante aclarar que en aquellas IPS en las que la contratación es la modalidad de capitación, recibirán adicionalmente en el transcurso de los 5 primeros días hábiles de cada mes y a la dirección de correo electrónico definida por la IPS al momento del proceso de negociación y relacionada en la minuta de contrato, un archivo digital en formato ".txt" que contiene una base de datos de afiliados ajustada con las respectivas novedades del periodo, la cual se constituye como soporte del giro directo efectuado por SAVIA SALUD EPS para el respectivo mes en el cual se recibe, ya que el reconocimiento económico de este forma de pago se efectúa en forma adelantada.

En todos los casos, la única fuente para la verificación del derecho del afiliado será el mecanismo electrónico por medio de la página web o la consulta telefónica, tal y como se expresó anteriormente.

La validación de derechos de la población afiliada a SAVIA SALUD EPS en condición de movilidad, será la base de datos que semanalmente se envía a la dirección de correo electrónico definida y notificada por el prestador de servicios de salud.

Cuando la forma de pago por los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad sean el presupuesto global prospectivo (PGP), adicional a la validación en línea o telefónica a que se hace referencia precedentemente, la IPS deberá efectuar una segunda validación de los afiliados para garantizar que hacen parte de su cohorte poblacional verificando su existencia en la base de datos que semanalmente Savia Salud EPS enviará al prestador.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	10 de 41

Es importante aclarar que los conflictos que lleguen a presentarse para la conciliación de cuentas por inconsistencia en la verificación o validación de derechos tendrán como referente inicial los registros de la consulta en línea para el régimen subsidiado, y/o la base de datos enviada semanalmente a la IPS para los afiliados en condición de movilidad.

## 8.1.2 Reportes del Aseguramiento

### 8.1.2.1. Reportes de inconsistencia en datos del afiliado o no existencia del afiliado en base de datos.

Si durante la verificación de derechos, la IPS detecta que los datos del afiliado presentan inconsistencia frente al documento de identidad aportado por el afiliado o se concluye que el afiliado no se encuentra en la consulta de verificación efectuada y el afiliado manifiesta disponer del efectivo derecho a la prestación del servicio de salud, la IPS deberá diligenciar el Anexo Técnico 1 de la Resolución 3047 de 2008, adjuntando a este anexo, el documento de identidad del afiliado y los soportes que acrediten que el afiliado es afiliado a SAVIA SALUD EPS; y enviarlo a las siguientes direcciones electrónicas así:

Para la población afiliada o que manifiesta el derecho efectivo al régimen subsidiado.

[inconsistencias.subsidiado@saviasaludeps.com](mailto:inconsistencias.subsidiado@saviasaludeps.com)

Para la población afiliada al Régimen Contributivo o que manifiesta el derecho efectivo a la EPS en condición de movilidad.

[inconsistencias.contributivo@saviasaludeps.com](mailto:inconsistencias.contributivo@saviasaludeps.com)

Para la población que es atendida bajo la forma de pago por PGP.


Si es afiliado al Régimen Subsidiado.

[inconsistencias.subsidiado@saviasaludeps.com](mailto:inconsistencias.subsidiado@saviasaludeps.com)

Si es afiliado al Régimen Contributivo por Movilidad.

[inconsistencias.contributivo@saviasaludeps.com](mailto:inconsistencias.contributivo@saviasaludeps.com)

Es importante aclarar que los conflictos que lleguen a presentarse para la conciliación de cuentas por inconsistencia en la verificación o validación de derechos de los afiliados tendrán como referente inicial los registros de la consulta en línea para el régimen subsidiado, y/o la base de datos enviada semanalmente a los prestadores de servicios de Salud para los afiliados en condición de movilidad.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	11 de 41

### 8.1.2.2. Reporte de Afiliaciones Institucionales.

Las afiliaciones institucionales de recién nacidos o de ciudadanos que tienen derecho al aseguramiento en salud, realizadas por la IPS deben ser reportadas al correo

[afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com](mailto:afiliacioninstitucional@saviasaludeps.com)

### 8.1.2.3. Reportes de Incapacidades y Medicina Laboral.

El reporte mensual de incapacidades generadas a los afiliados del Régimen Contributivo por movilidad y los casos de servicios prestados sospechosos de origen laboral o de accidente de trabajo, se deben reportar al correo.

[incapacidadesymlaboral@saviasaludeps.com](mailto:incapacidadesymlaboral@saviasaludeps.com)

### 8.1.3 Notificación de la urgencia.


La IPS está en la obligación de informar a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias siempre y cuando el mecanismo de pago para este se hubiese contratado por modalidad de pago por servicio "evento" y 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 Anexo Técnico N°2, en los términos y tiempos establecidos en el Artículo 3 de la Resolución 3047 del 2008, modificada parcialmente por la resolución 4331 de 2012 (anexo 4). Una vez diligenciado, el envío puede hacerse vía fax a la línea gratuita 018000423683, opción 1, las 24 horas del día, los 365 días del año o en el correo electrónico [notificaciones@saviasaludeps.com](mailto:notificaciones@saviasaludeps.com).

Para la presentación de las facturas por este concepto, el prestador debe adjuntar como soporte las evidencias de la notificación de la urgencia ante la EPS.

### 8.1.4 Solicitud de autorización de servicios posterior a la atención inicial de urgencias.

En los casos que se preste actividad o tecnología en salud sin agotar el trámite de solicitud de autorización en concordancia con lo establecido en la Resolución 3047 del 2008 modificada parcialmente por la resolución 4331 de 2012 (anexo 4) y lo pactado contractualmente la factura no se podrá validar en la plataforma y en caso de que la IPS logre radicarla, la factura es devuelta, no objetada con glosa.

Si el afiliado requiere servicios adicionales a los aprobados en la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización deberá ser enviada antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	12 de 41

En los eventos en que el afiliado requiera como parte de la atención una tecnología en salud que no hacen parte de los servicios contratados, el prestador debe comunicarse con la línea 018000423683 y enviar vía fax o vía correo electrónico ([notificaciones@saviasaludeps.com](mailto:notificaciones@saviasaludeps.com)) la solicitud diligenciada en el Anexo Técnico N°3; una vez se recibe la solicitud, será la EPS la responsable de gestionar dentro de la red contratada la prestación del servicio de acuerdo con el criterio médico y las condiciones de salud del afiliado.

Para efectos de lo establecido en Resolución 4331 de 2012, "*Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009*", toda IPS en la que se encuentre un afiliado de Savia Salud EPS que vaya a quedar hospitalizado deberá ser reportado diariamente a través de censo hospitalario al correo electrónico [censohospitalario@saviasaludeps.com](mailto:censohospitalario@saviasaludeps.com) y contener como mínimo las siguientes variables: número de identificación, nombre del afiliado, edad, cama, fecha de ingreso, días de estancia, diagnóstico, especialidad, valor facturado.

### 8.1.5 Solicitud de referencia.


Para la referencia del afiliado hospitalizado, la EPS ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S dispone de la Central de Referencia la cual es la instancia desde la cual se gestiona toda la atención hospitalaria en los diferentes niveles de atención.

Para la solicitud de referencia a un nivel de atención superior, la IPS remitente deberá establecer comunicación con el Centro regulador de SAVIA SALUD EPS en la línea telefónica 018000423683 Opción 2 que opera las 24 horas al día los 365 días al año, o al correo electrónico [notificaciones@saviasaludeps.com](mailto:notificaciones@saviasaludeps.com) o diligenciando el formulario específico en la plataforma de acceso compartida. Una vez el Centro Regulador de la EPS reciba la solicitud de referencia conforme la normatividad vigente en el Anexo Técnico N°9 y previa validación de los derechos del afiliado, se procederá con la revisión de la información médica y se iniciará el proceso de referencia de acuerdo con el direccionamiento para el nivel de atención y la especialidad requerida.

Agotado los respectivos trámites y con los avales para la recepción del afiliado en la IPS receptora, se generará autorización de servicio dejando registro de trazabilidad en la remisión informando a la IPS en la que se encuentra el afiliado. En los casos en los que es necesario traslado especializado o se encuentra por fuera de la contratación, SAVIA SALUD EPS procederá con la gestión de la misma para la remisión del afiliado.

### 8.1.6 Solicitud de contrarreferencia.

La contrarreferencia del afiliado se configura conforme lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, considerando especialmente aquellos casos en los que el médico especialista tratante considera que la terminación del manejo clínico puede darse en una entidad de menor complejidad bajo la supervisión del médico general, pero en cumplimiento del plan de tratamiento establecido por el especialista. La

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	13 de 41

gestión de la contrarreferencia inicia con la orden del médico tratante diligenciado en el Anexo Técnico N° 10 o subsidiariamente en el documento dispuesto para ello por la institución.

El anexo o documento diligenciado debe ser enviado a la línea de atención de la EPS que funciona las 24 horas del día los 365 días del año al correo electrónico [notificaciones@saviasaludeps.com](mailto:notificaciones@saviasaludeps.com) o vía fax al número 018000423863, siguiendo las opciones dispuestas para ello. Una vez recibida la solicitud, la EPS dará inicio a la gestión de la hospitalización institucionalizada o domiciliaria en las condiciones en las que se puede garantizar el cumplimiento estricto del tratamiento instaurado por el especialista tratante. La atención derivada, deberá ser prestada en la IPS primaria a la que está asignado el afiliado para la atención básica, la cual brindará los servicios conforme lo acordado contractualmente.

### 8.1.7 Solicitud de autorización de servicios electivos.

#### 8.1.7.1 Solicitud de autorizaciones prioritarias y no prioritarias de actividades y tecnologías en salud del Plan Básico de Salud.

Para la solicitud de autorización de la tecnología en salud no contratada por la modalidad de cápita con la IPS solicitante y siempre y cuando se trate de un servicio clasificado como de mediana y/o alta complejidad, el médico solicitante deberá diligenciar el formato Anexo Técnico N°3 y la IPS deberá enviarlo a SAVIA SALUD EPS conforme el mecanismo acordado en cuanto a plazos y tipo de información a enviar (física, medio digital, otros), ajustándose en todo momento a lo definido en la Resolución 3047 de 2008 y 4331 de 2012.


Los servicios de baja complejidad contratados con la red básica de baja y mediana complejidad no requerirán autorización por parte de la EPS, salvo se pacten condiciones contrarias debidamente expresadas en el documento que regula la relación contractual entre SAVIA SALUD EPS y la IPS.

Para los servicios no capitados de mediana complejidad con excepción de las actividades PEDT, se requiere autorización previa, salvo que en el contrato se especifique lo contrario.

Los servicios ambulatorios contratados en la modalidad de paquetes y/o PGP, la EPS definirá con cada uno de los prestadores la generación o no de la autorización toda vez que no se vea afectado el proceso de prestación y posterior trámite de la cuenta médica, lo cual quedará formalizado en el contrato.

La EPS ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S., autorizará el servicio en los tiempos definidos normativamente y enviará la respectiva autorización al buzón de correo electrónico de la IPS donde se prestará el servicio.

Si el afiliado manifiesta su deseo de tramitar la respectiva autorización de servicios, la IPS deberá orientarlo para que allegue el Anexo Técnico N° 3 a la oficina de atención al afiliado de la SAVIA SALUD


	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	14 de 41

EPS en el Municipio de residencia del afiliado, así mismo para el uso de las herramientas tecnológicas que Savia Salud EPS ha dispuesto para tal fin.

En consecuencia, y con fin de garantizar una adecuada integración de la Red Prestadora y minimizar la fragmentación de los servicios de salud, se ha definido un direccionamiento en la prestación de estos por pool de riesgos, de tal manera que sean más accesibles, eficientes y satisfagan de mejor manera las expectativas de los afiliados. En este orden de ideas, la regulación de pacientes desde los municipios donde opera SAVIA SALUD EPS, considerará como primera opción las ESE/IPS como prestadores primarios de acuerdo con la georreferenciación y acorde con la configuración geográfica y de vías de acceso en el territorio antioqueño y los departamentos circunvecinos.

En el proceso de hospitalización por evento en las IPS de mediana y alta complejidad, Savia Salud EPS definió que para los servicios de: Cirugía bajo anestesia general, procedimiento de radiología intervencionista, resonancia nuclear magnética y tomografía de alta resolución, las IPS deben solicitar aval para proceder. Para el caso de las Rutas Integrales de Atención quedarán las condiciones de prestación de servicios de salud en el contrato para los servicios de hospitalización y otros.

El procedimiento que debe implementar es el siguiente: solicitar vía correo electrónico al Auditor de Calidad y Concurrente de Savia Salud EPS designado para la institución el aval de los servicios descritos. En los horarios no hábiles, fines de semana y festivo la IPS deberá realizar la solicitud al Centro Regulador de Savia Salud al correo electrónico: [pertinenciasips@saviaregulador.com](mailto:pertinenciasips@saviaregulador.com). La solicitud será revisada en el contexto clínico y administrativo para su aval; la respuesta se dará por la misma vía con una oportunidad inferior a 2 horas por Auditoría de Calidad y Concurrente o por el Centro Regulador de Savia Salud EPS. Se excluyen los procedimientos de tipo urgente que afectan gravemente la condición y evolución clínica del paciente; este aval debe de ser anexado a la factura que será enviada a cuentas médicas.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Versión</b>	12
		<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	15 de 41

### 8.1.7.2 Gestión y Prescripción de tecnologías No Incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios a través de la plataforma MIPRES para el Régimen Contributivo y Subsidiado

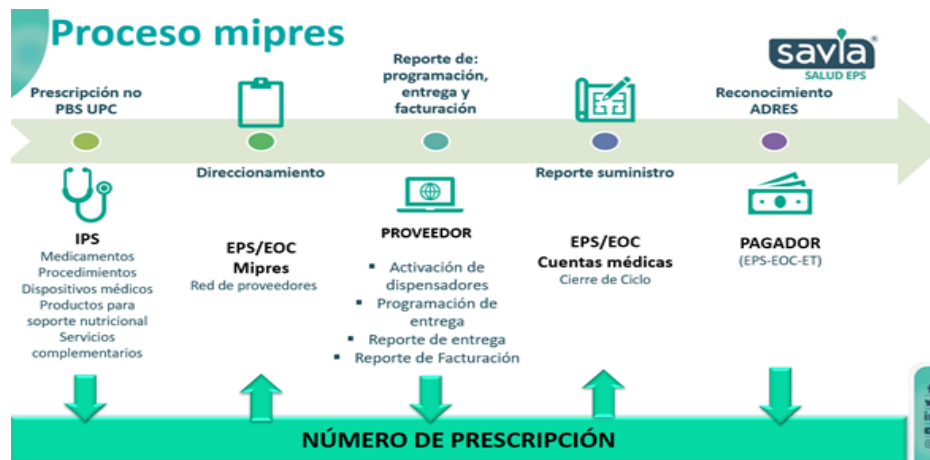


Figura1. Proceso Mipres. Construcción Propia. Savia Salud EPS.


Los Prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores que contratan con Savia salud EPS la prestación de tecnologías no financiadas con cargo a la UPC y servicios complementarios deben garantizar el cumplimiento de:

La gestión de las solicitudes de las tecnologías No incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios por parte de la EPS y prestadores de servicios de salud que hacen parte de la red de prestadores se realizará de acuerdo con la normatividad vigente: Resoluciones 1885 de 2018, 2438 de 2018 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. En cumplimiento de la Ley anti-trámites reglamentada mediante el Decreto 0019 de 2012, las solicitudes de tecnologías No PBS, deberán ser gestionadas directamente entre prestador y asegurador.

La prescripción de tecnologías No incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios por parte de los prestadores de servicios de salud se realizará a través de la plataforma tecnológica habilitada por el Ministerio de Salud y Protección Social llamada Mipres (Mi prescripción), que permite a los profesionales de salud realizar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios para los afiliados al régimen contributivo y subsidiado.

Las IPS para activarse en la plataforma MIPRES deben:


- El representante legal de las IPS, operadores logísticos y proveedores deberá estar registrado cómo persona natural y cómo persona jurídica en la página web <https://miseseguridadsocial.gov.co/> y asignar un delegado que será el Administrador de Usuarios y

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	16 de 41

el responsable de asegurar para cada actor la activación de funcionalidades que corresponda dentro del aplicativo web en el administrador de usuarios.

- El delegado administrador deberá estar previamente inscrito en la página web <https://miseseguridadsocial.gov.co/> como persona natural.
- Todos los usuarios de la plataforma MIPRES de la IPS deben estar previamente registrados en <https://miseseguridadsocial.gov.co/>
- Implementar el Módulo-administración-usuario de la plataforma MIPRES del Ministerio de salud y protección social. <https://hercules.sispro.gov.co/SecurityWeb2/IngresoAdmin.asp>
- Las IPS deben validar que sus profesionales estén registrados en el RETHUS y adicionalmente con el rol que vayan a ejercer en la institución (prescriptor para médicos, odontólogos y optómetras u ordenador para el caso de los profesionales en nutrición) y posteriormente activarlos en la plataforma MIPRES del Ministerio de Salud y protección social para así poder realizar las prescripciones de tecnologías No incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios mediante la plataforma.
- Las IPS deben implementar la versión 2.0 de MIPRES
- Las IPS deben implementar el Anexo Técnico Módulo Dispensador - Proveedores
- Las IPS deben implementar el Anexo Técnico Reporte de Facturación
- En caso de requerirse el diligenciamiento del formato de contingencia, por cualquiera de las causas normativas debe ser enviado el formato vigente y completamente diligenciado dentro de las (72) horas siguientes, con la descripción específica del motivo de diligenciamiento, al correo [tramitemipres@saviasaludeps.com](mailto:tramitemipres@saviasaludeps.com). con el siguiente asunto: Formato de Contingencia -Tipo Documento – Numero Documento Afiliado – Tipo de Tecnología.
- Para el caso de juntas de profesionales de la salud, estas solo aplican cuando se prescriben tecnologías en salud no PBS que cumplen indicación UNIRS, servicios complementarios en general (ejemplo: para pañales aplica solo si se prescriben >120 pañales al mes) y productos de soporte nutricional de ámbito ambulatorio (excepto para pacientes con diagnóstico de: i) enfermedades huérfanas, enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas, ii) VIH, iii) cáncer en cuidado paliativo, iv) enfermedad renal crónica estadio V, y v) desnutrición proteico calórica en menores de 5 años, cuyos diagnósticos se encuentran confirmados, no requerirán ser analizados por la Junta de Profesionales de la Salud).
- Adicionalmente las IPS tendrán la responsabilidad de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud de acuerdo con la obligatoriedad establecida en las Resoluciones 1885 de 2018 y 2438 de 2018, art 19 y 20, respectivamente. Y deberán garantizar la conformidad de los integrantes establecidos teniendo en cuenta que no podrá participar personal administrativo, y deberán realizar el reporte oportuno de la decisión adoptada por la Junta de Profesionales de la Salud en el aplicativo MIPRES y el envío de los soportes a SAVIA SALUD EPS, Art 21, 22 y 26, Resoluciones 1885 de 2018 y 2438
- Las actas de juntas de profesionales y consentimiento informado (este último solo aplica para medicamentos con indicación UNIRS - Uso no incluido en registro sanitario), deberán radicarse en los tiempos establecidos según la normativa a través del correo electrónico [tramitemipres@saviasaludeps.com](mailto:tramitemipres@saviasaludeps.com) con el siguiente asunto ACTA DE JUNTA DE



	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	17 de 41

PROFESIONALES O CONSENTIMIENTO INFORMADO – TIPO DOCUMENTO – NUMERO DOCUMENTO AFILIADO – TIPO DE TECNOLOGÍA

- Si la prescripción se genera como ambulatoria priorizada, urgencias o en internación institucional o domiciliaria. deberá pronunciarse en un término no mayor a setenta y dos (72) horas siguientes a la solicitud del profesional de la salud
- Si la prescripción se genera como ámbito: ambulatoria no priorizada, deberá pronunciarse dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la solicitud del profesional de salud. Art 24, Resoluciones 1885 de 2018 y 2438.
- La entidad responsable del asegurado deberá garantizar el suministro efectivo aun cuando la IPS responsable de la Junta de Profesionales exceda el tiempo de respuesta, caso en el cual se realizará el respectivo reporte a la Superintendencia Nacional de Salud por la EPS correspondiente. Art 24, parágrafo.
- Para las prescripciones que se generan en el ámbito hospitalario-internación y urgencias no se requiere direccionamiento por parte de la EPS, ya que desde la norma se contempla que estás mismas instituciones hacen las prestaciones de los servicios, pero si se requiere reporte de entrega y facturación por parte de la IPS en la plataforma MIPRES del Ministerio de Salud y Protección Social.


III. TRANSACCIONES SEGÚN ÁMBITO DE ATENCIÓN

ÁMBITO DE ATENCIÓN	EPS		PROVEEDOR		DISPENSADOR	PROVEEDOR		EPS
	DIRECCIONAMIENTO		PROGRAMACIÓN		ENTREGA	REPORTE DE ENTREGA		REPORTE SUMINISTRO
	1	2	3	4	5	6	7	8
URGENCIAS	No requiere	No requiere	No requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere
URGENCIAS CON REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere
HOSPITALARIO INTERNACION	No requiere	No requiere	No requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere
HOSPITALARIO INTERNACION CON REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere
HOSPITALARIO DOMICILIARIO	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere
AMBULATORIO PRIORIZADO	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere
AMBULATORIO NO PRIORIZADO	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere	Requiere


DISPENSADOR - PROVEEDOR	EPS	PROVEEDOR	DISPENSADOR
	DIRECCIONAMIENTO	PROGRAMACIÓN	ENTREGA
IPS	Requiere	Requiere	Requiere
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	Requiere	No Requiere	Requiere
OTRO	Requiere	Requiere	Requiere

Fuente: Anexo técnico módulo dispensador - proveedores Versión 2.3 – Noviembre de 2020. Página 4.

- Las IPS a las cuales Savia Salud EPS les dirija las diferentes tecnologías no financiadas con cargo a la UPC y servicios complementarios, deberán contactar al usuario por los diferentes medios de comunicación (teléfono, celular, MSM, correo electrónico) para que acceda a la tecnología autorizada por la EPS.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	18 de 41

- Las IPS, operadores logísticos y proveedores deben cumplir con el reporte de entrega efectiva de suministros y facturación de las tecnologías en salud o servicios complementarios a la EPS y a la autoridad competente, por medio de la herramienta MIPRES
- Cuando se trate de servicios ambulatorios el reporte del suministro efectivo se deberá realizar en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario, mediante los mecanismos tecnológicos dispuestos por este Ministerio para dicho reporte. Para este efecto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y otros proveedores entregarán a la respectiva entidad responsable del afiliado la información necesaria para el mencionado reporte con la periodicidad mencionada. Art 34, No. 1, resoluciones 1885 y 2438 de 2018.
- Cuando se trate de servicios hospitalarios el reporte del suministro efectivo se deberá efectuar desde las veinticuatro (24) horas siguientes al egreso del afiliado y máximo hasta el momento en que se radica la facturación a la entidad responsable del afiliado. Art 34, núm. 2 Resolución 1885 y 2438 de 2018.
- Cuando la prescripción del profesional de la salud no requiera análisis de la Junta de Profesionales de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 23 de la Resolución 1885 o 2448 de 2018 y la IPS responsable de la Junta no haya reportado la no realización de la misma en la herramienta tecnológica, la entidad responsable del asegurado deberá realizar el suministro efectivo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al reporte y notificación de la decisión, al vencimiento de los tiempos previstos para la decisión de la Junta de Profesionales situación que registrará en el mencionado reporte de suministro (ver Resolución 2428 y 1885, art 34, núm. 3).
- Las IPS u otros actores que presten, realicen o garanticen el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios deberán reportar a las EPS o Entidades Obligadas a Compensar en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario de acuerdo con la metodología que se defina la fecha en la cual se realizó el suministro efectivo. En el evento de no reportar esta información, se comunicará dicha situación a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente en el marco de sus competencias. Parágrafo 5, Art 30.
- Los Prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores deben mantener actualizada la información de datos de contacto del delegado para MIPRES, la cual debe hacerse a través del siguiente enlace:  
  
[https://docs.google.com/spreadsheets/d/1\\_zwpYPiVe2VCqSXwF1dcvL84L6Zq7IRST9CvtIEKaIM/edit#gid=0](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_zwpYPiVe2VCqSXwF1dcvL84L6Zq7IRST9CvtIEKaIM/edit#gid=0)
- Toda la información relacionada con la plataforma MIPRES de Minsalud se encuentra disponible en <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx>
- Solicitud de Rol recobrante tutelas MIPRES:

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	19 de 41

1. Los prestadores de servicios de salud que requieran solicitar un rol recobrante tutelas MIPRES deben gestionar a través del correo [tutelasmipres@saviasaludeps.com](mailto:tutelasmipres@saviasaludeps.com) el acceso Drive llamado: "Drive para solicitar RRT-2021". Allí se debe registrar por parte del funcionario que solicita la gestión del rol recobrante todos los datos requeridos desde la columna A hasta la columna R.

2. Para solicitar un rol recobrante, debe enviar un correo electrónico con el asunto: Solicitud de RRT (Rol Recobrante Tutelas) - Tipo de Identificación del Usuario (CC- TI...) - Nombre del Usuario. En el cuerpo del correo se debe registrar la siguiente información: - Tecnología que requiere generación de rol recobrante y fallo de tutela que ampara la tecnología que requiere el rol recobrante.


Adjuntar en el correo, los soportes que sustentan la solicitud: Fórmula médica, Historia Clínica, Fallo de Tutela e Incidente de desacato expreso por la tecnología requerida. Si es un producto ortopédico como silla de ruedas, camas eléctricas u otros similares, se debe adjuntar: el concepto técnico del estado de la anterior tecnología (si previamente se le había entregado una tecnología al usuario), la cotización y el código TAO, Evidencia de reporte a SIVIGILA: para pacientes con Enfermedades Huérfanas, demás soportes que se consideren necesarios para la generación del Rol Recobrante (como programación de las diálisis, evidencia de asignación de consulta médica, etc).

- Cualquier duda e inquietud sobre prescripciones vía MIPRES será atendida a través del correo [tramitemipres@saviasaludeps.com](mailto:tramitemipres@saviasaludeps.com) o prescripciones vía rol recobrante en el correo electrónico [tutelasmipres@saviasaludeps.com](mailto:tutelasmipres@saviasaludeps.com).


### 8.1.8 Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos

Los Prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores encargados de la dispensación ambulatoria de medicamentos y/o dispositivos médicos deben garantizar:

- Dependiendo del nivel de complejidad del contratista contará con el recurso humano y demás estándares de calidad siguiendo las previsiones de la resolución 3100 de 2019, con capacidad resolutoria y habilitación de servicios certificada.
- Garantizar que las tecnologías en salud suministradas cumplan con los parámetros de calidad establecidos en el decreto 677 de 1995, decreto 4725 de 2005, decreto 3770 de 2004 y demás normas vigentes relacionadas con medicamentos y dispositivos médicos.
- Garantizar que durante el periodo contratado los servicios farmacéuticos cuenten con la autorización del Fondo Nacional de Estupefacientes para el manejo de medicamentos de control especial, conforme a la normativa vigente. (Resolución 1478 de 2006).


	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	20 de 41

- Garantizar el cumplimiento de la resolución 1403 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, la cual establece el modelo de gestión del servicio farmacéutico, con todos los componentes que le apliquen.
- Garantizar el cumplimiento del decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Este Decreto contiene lo dispuesto en el Decreto 2200 de 2005.
- Garantizar el cumplimiento de la resolución 1604 de 2013, la presente resolución tiene como objeto establecer los lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando éste lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos. Para esto la EPS hará seguimiento al cumplimiento de este a través del indicador institucional: Promedio de tiempo de espera para la Entrega de Medicamentos Incluidos en el PBS y no PBS.
- Manejar una suficiencia de inventario para 45 días y demostrar un sistema de reposición de medicamentos de acuerdo a las frecuencias.
- Implementar un un modelo de entrega de medicamentos ambulatorios a nivel urbano y rural, que incluya la entrega de medicamentos a domicilio.
- El contratista debe contar con un sistema de información que permita realizar la trazabilidad de los lotes y las fechas de vencimiento de los productos, así como del suministro y el control de calidad de estos.
- Garantizar que durante el periodo contratado los servicios farmacéuticos cuenten con las condiciones técnicas requeridas y el concepto favorable de la secretaria de Salud correspondiente, de acuerdo con lo solicitado en la normatividad vigente.
- Garantizar eficacia, agilidad y oportunidad en el acceso a los servicios con horarios amplios y suficientes para la atención de los afiliados del contratante
- Consultar la base de datos de afiliados en línea las 24 horas del día, 7 días de la semana, con el fin de identificar el estado del afiliado.
- Se compromete a identificar adecuadamente los pacientes objeto del contrato, con el fin de buscar, y/o evitar fraudes o suplantaciones al momento de entregar los medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro e insumos y deberá reportar estos casos cuando los detecte de manera inmediata al contratante al correo fv.tv@saviasaludeps.com.
- Disponer de un recurso humano idóneo y suficiente: Químico farmacéutico y /o Regente de farmacia y auxiliar técnico de servicios farmacéuticos, la suficiencia de este personal debe estar definida de acuerdo con la complejidad de la institución y volumen de pacientes atendidos.
- Garantizar un stock de medicamentos, dispositivos médicos e insumos suficientes para el suministro de forma ágil y oportuna de acuerdo con los requerimientos de los afiliados a Savia Salud EPS.
- Garantizar el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento y conservación de los medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro e insumos que sean

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	21 de 41

suministrados a los afiliados de Savia Salud EPS, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente.

- El servicio farmacéutico garantizará la dispensación de la totalidad de los medicamentos y dispositivos médicos e insumos contenidos en el ordenamiento emitido por SAVIA SALUD EPS, con base en la prescripción emitida por el médico tratante, al momento del recibo del ordenamiento, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la salud y/o la vida del paciente, acompañado de la información sobre su uso adecuado.
- Cuando algún medicamento incluido dentro en el ordenamiento no esté disponible en el servicio farmacéutico, deberá diligenciar en original y copia, un “Formato de PENDIENTE”, adoptado por el contratista, entregando la copia al usuario y quedándose con el original y marcará el ordenamiento mediante un sello haciendo saber al usuario el medicamento pendiente. Cuando el medicamento PENDIENTE es enviado al domicilio del usuario por parte del contratista, este no debe representar un costo alguno para el usuario o para SAVIA SALUD EPS. El colaborador del contratista que hace entrega del medicamento pendiente debe hacer firmar el original del “Formato de PENDIENTE”, en señal de recibido.
- El contratista deberá garantizar a la EPS la entrega de un listado oficial de los medicamentos, dispositivos médicos y/o insumos que serán dispensados a la población afiliada bajo la modalidad PGP, cualquier cambio en las tecnologías a dispensar se deberán notificar oportunamente a la EPS.
- El contratista deberá garantizar la entrega de los medicamentos, dispositivos médicos y/o insumos contratados, no se podrán realizar cambios sin la autorización de la EPS (esto aplica para la modalidad de contratación no PGP).
- Los Prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores deben reducir los principales riesgos causados con el uso innecesario o inadecuado de los medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro e insumos, a través de estrategias que impacten el uso racional y adecuado de los mismos e informar oportunamente a la EPS errores de prescripción y errores de medicación al correo fv.tv@saviasaludeps.com
- Los Prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores contratado deberá informar por escrito a SAVIA SALUD EPS dentro de las 72 horas siguientes a que tenga conocimiento de aquellas situaciones en que un medicamento o dispositivo médico salga del mercado o presente desabastecimiento o haya vencido el registro sanitario y adjuntar los respectivos soportes (Carta de desabastecimiento, carta de agotamiento de existencias, carta de suspensión comercial etc...)
- Los prestadores de servicios de salud, proveedores y/o operadores logísticos deben reportar según aplique, toda la información correspondiente a retiros de productos del mercado que supongan riesgos para la salud, alertas de seguridad y hurtos, tanto para medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro, lo cuales deben ser reportado antes de las 72 horas al correo fv.tv@saviasaludeps.com.
- Savia Salud EPS podrá solicitar al contratista los indicadores de nivel de servicio de sus proveedores de medicamentos, dispositivos médicos e insumos (Indicadores de oportunidad en la entrega por parte de los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos al contratista,

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	22 de 41

indicadores de entregas completas y oportunas, tiempos de entrega, indicadores de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia).

- SAVIA SALUD EPS podrá solicitar certificados de compra por los medicamentos, dispositivos médicos e insumos dispensados con el fin de evaluar su trazabilidad, así mismo solicitar información de los medicamentos y/o dispositivos médicos dispensados, faltantes, pendientes, durante la vigencia del contrato y demás información que sea requerida por la EPS relacionada con los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contratados.
- La fecha de vencimiento de los medicamentos y dispositivos médicos entregados a los usuarios no podrá ser inferior a 4 meses de la vida útil del medicamento teniendo presente que los direccionamientos y entregas son mensuales.
- El contratante deberá apoyar la labor de auditoría a los servicios farmacéuticos ambulatorios (virtual o presencial) brindando la información que el contratante requiera en las visitas agendadas y dando respuesta en los tiempos establecidos al plan de mejoramiento que deriva de los respectivos hallazgos.
- El contratista deberá reportar mensualmente, los primeros 10 días mes vencido, los indicadores de seguimiento a los servicios farmacéuticos ambulatorios, indicadores de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia y cargados a los formularios a través de los siguientes links


#### **INSTITUCIONES PRIMER NIVEL**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScnYZvW50LQ3WvbjOuTDNCGhyZcHaeAQKOYX4-xkDrKV-5hlw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScnYZvW50LQ3WvbjOuTDNCGhyZcHaeAQKOYX4-xkDrKV-5hlw/viewform?usp=sf_link)

#### **OPERADORES LOGÍSTICOS**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScIS3xml\\_gHcgSYFdJootfvrhVdkHPTCnkdXU8ALMqlvc0rdQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScIS3xml_gHcgSYFdJootfvrhVdkHPTCnkdXU8ALMqlvc0rdQ/viewform?usp=sf_link)

- De acuerdo con la modalidad de contratación para los medicamentos que requieren aplicación deberán contar con una herramienta para el seguimiento a la aplicación especializada de medicamentos y contar con personal idóneo para la atención de estos pacientes.
- La información contenida en la herramienta de seguimiento a la aplicación especializada de medicamentos podrá ser solicitada por los diferentes procesos de la EPS con fines de auditoría.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	23 de 41

### 8.1.9 Programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia


Los prestadores de servicios de salud (ambulatorias, hospitalarias y de atención domiciliaria) y gestores farmacéuticos y proveedores deben:

- Garantizar la implementación de los programas institucionales de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia, que incluya la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA, reportes de eventos adversos e incidentes, reportes en cero y la implementación de los planes de acción cuando corresponda.
- Reportar a Savia Salud EPS los eventos e incidentes de interés de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia adjuntando los análisis realizados por el comité de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia o Reactivovigilancia a nivel institucional o quien haga sus veces en la institución, este reporte se debe enviar al encargado de los programas en Savia Salud EPS junto con los soportes de cargue a la plataforma INVIMA y respectivos formatos INVIMA, durante los primeros 10 días siguientes al mes de reporte al correo [fv.tv@saviasaludeps.com](mailto:fv.tv@saviasaludeps.com).
- Para garantizar la correcta articulación entre los programas, las instituciones prestadoras de servicios de salud o empresas sociales del estado deberán notificar el nombre y datos del contacto del responsable institucional de dichos programas al correo institucional de los programas: [fv.tv@saviasaludeps.com](mailto:fv.tv@saviasaludeps.com)
- Realizar las actualizaciones de la documentación de los programas institucionales de acuerdo a la normativa vigente y cambios en la plataforma de reporte online en el INVIMA. Así mismo, los referentes de los Programas Institucionales de Farmacovigilancia, deben realizar y aprobar el curso con el fin de obtener las credenciales de acceso para el sistema de reportes VigiFlow (sistema de gestión de notificaciones para reportar problemas relacionados con medicamentos, reacciones adversas, fallos terapéuticos y errores de medicación que afecten la seguridad de los pacientes. Este sistema funcionará como la base de datos del Centro Nacional de Farmacovigilancia Invima).
- El contratante deberá apoyar la labor de auditoría de calidad (virtual o presencial) brindando la información que el contratante requiera en las visitas agendadas y dando respuesta en los tiempos establecidos al plan de mejoramiento que deriva de los respectivos hallazgos.
- SAVIA SALUD EPS evaluará la existencia e implementación de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico, de acuerdo a definición de cronograma de trabajo y necesidades de la EPS.

### 8.1.10 Programas de seguimiento farmacoterapéutico

Los prestadores de servicios de salud (ambulatorias, hospitalarias y de atención domiciliaria) y gestores farmacéuticos y proveedores con los cuales se contrate el programa de seguimiento farmacéutico deben:

- El contratista desarrollará procesos de atención farmacéutica para el grupo de pacientes que sean acordados con SAVIA SALUD EPS, adicionalmente, se acordarán los mecanismos de comunicación con el personal asistencial relacionado con el grupo de pacientes seleccionado, para sugerir las intervenciones o presentar los resultados de esta atención.


	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	24 de 41

- Ejecutar las acciones contenidas en el programa de seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes, durante la ejecución del contrato, donde se realice el seguimiento a los posibles problemas de necesidad, efectividad, seguridad, relacionados con el suministro de los medicamentos, ya sea por errores en la administración, interacciones medicamentosas, duplicidad, problemas de calidad de los productos, entre otros, que permitan realizar gestión del riesgo según lo establecido en la normatividad vigente. Estos pacientes deben tener un seguimiento farmacoterapéutico trimestral.
- Garantizar cobertura y acceso a la consulta farmacoterapéutica para evaluar y monitorizar la farmacoterapia, en función de las necesidades particulares del paciente, con el objetivo de mejorar o alcanzar resultados en salud, que incluya como mínimo: programas para mejorar la adherencia caracterización de la población con la posibilidad que permite diseñar actividades para minimizar los riesgos detectados, implementación y seguimiento de estrategias para maximizar la seguridad de los medicamentos, educación sanitaria enfocada al paciente y cuidador dirigida acorde con los hallazgos globales e individuales de cada grupo.
- Reportar a la líder del programa de seguimiento farmacoterapéutico de Savia salud EPS los primeros días 10 de cada mes el consolidado de los seguimientos realizados a los pacientes mes vencido, este consolidado debe tener la medición de la adherencia individual y de la población atendida por mes.
- El contratista deberá presentar un informe de gestión semestral con las actividades desarrolladas desde los programas de atención farmacéutica en la población afiliada de Savia salud EPS, evidenciando el impacto de estas actividades en la disminución del costo en salud y en la calidad de vida de los afiliados.

#### **8.1.11 Consideraciones generales de los prestadores de servicios de salud (Ámbitos: ambulatorias, hospitalarias y de atención domiciliaria) y gestores farmacéuticos y proveedores**

- El contratista deberá realizar mínimo 3 actividades de capacitación al año, orientadas al usuario sobre el uso seguro y racional de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Los temas por abordar en la capacitación deben ser concertados con la EPS. Comunicarse con la Química farmacéutica líder al correo [paula.barrera@saviasaludeps.com.co](mailto:paula.barrera@saviasaludeps.com.co).
- Los gestores farmacéuticos y proveedores deberán realizar mínimo 3 actividades de capacitación al año, orientadas a la red de prestadores sobre calidad de la prescripción, uso seguro y racional de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Los temas por abordar en la capacitación deben ser concertados con la EPS. Comunicarse con la Química farmacéutica líder al correo [paula.barrera@saviasaludeps.com.co](mailto:paula.barrera@saviasaludeps.com.co).
- Presentar a las áreas de Savia Salud EPS que lo requieran, al coordinador y/o supervisor del contrato, informes y resultados de indicadores a necesidad sobre los servicios prestados, así como a las entidades de control que rijan la actividad.
- El contratante debe garantizar el cumplimiento de las acciones de mejora generadas por las visitas de auditoría, dentro de los tiempos concertados para ello (20 días hábiles).
- El contratista no deberá realizar ensayos clínicos, trabajos de investigación, publicaciones con los pacientes, datos y resultados obtenidos de la prestación de servicios contratados con Savia Salud EPS, sin el consentimiento y aval explícito y formal previo de la Gerencia de SAVIA SALUD EPS.



	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	25 de 41


- La EPS Savia Salud citará al contratista a necesidad para hacer seguimiento y supervisión al contrato y establecer planes de acción cuando aplique, además se realizarán las mesas técnicas de RIAS donde participarán los prestadores.
- El contratista debe contar con planes de contingencia frente a fallas en el fluido eléctrico, fallas en los sistemas de información y caída del internet, con el fin de garantizar la atención oportuna de los pacientes y la satisfacción del usuario.

## 8.2 Facturación y pagos a la Red de Prestadores

### 8.2.1 Consideraciones Generales

Para la presentación de las facturas, el proveedor debe cumplir con los siguientes requisitos:

- La IPS debe presentar factura Electrónica individual diferenciando según el régimen de afiliación: Subsidiado o Contributivo, acorde con la forma de pago pactada y correspondiente con el número del contrato asignado al prestador.
- Autorización para servicios ambulatorios y código de notificación por la atención inicial de urgencia.
- Factura Electrónica individual por atenciones de afiliado por evento: con las variables exigidas por la DIAN. Se enfatiza que se debe respetar la numeración consecutiva asignada por la DIAN.
- Toda factura debe contener la evidencia de prestación del servicio recibido del afiliado (firma del paciente o acudiente, o en su defecto la huella digital, epicrisis), según lo establecido por la Resolución 3047 de 2008.
- Creación de usuario: Para la creación de la entidad en el sistema CONEXIONES SAVIA la IPS debe enviar la solicitud al correo electrónico [mesadeserviciomatias@saviasaludeps.com](mailto:mesadeserviciomatias@saviasaludeps.com) adjuntando los siguientes documentos: certificado bancario, CC del representante legal, cámara de comercio y/o certificado de constitución y/o acta de posesión del gerente, certificado de habilitación de los servicios del portafolio ofertado, resolución de la DIAN para los obligados y para las ESES el acuerdo de Junta Directiva ambos con la autorización de la numeración de facturación”
- La factura debe venir elaborada por la entidad a quien fue expedida la autorización por parte de SAVIA SALUD EPS, conforme a los procedimientos autorizados y realizados y facturar de acuerdo con las tarifas contratadas, que se encuentren vigentes al momento de la prestación del servicio.
- Se debe adjuntar al momento de la presentación de cada una de las facturas, la constancia o comprobante de validación de los RIPS en la página web que SAVIA SALUD EPS ha dispuesto para ello
- La facturación será recibida de lunes a viernes en el horario comprendido entre las 7:30 a.m. y las 2:30 p.m. y su plazo máximo de entrega será hasta el día 23 de cada mes, en caso de que este no sea un día hábil se recibirá el día antes hábil.


	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	26 de 41

- Mesa de ayuda: Los teléfonos de la mesa de ayuda básica de cuentas médicas para la asistencia técnica y la capacitación para la habilitación en la plataforma web son los siguientes: 3145866441 y 3145865219 o a través del correo [ripsweb@saviasaludeps.com](mailto:ripsweb@saviasaludeps.com)
- La facturación de las actividades de promoción-prevención y odontología deberá efectuarse en forma separada y no podrá exceder un número máximo de 100 afiliados en cada factura, de tal forma que se facilite el proceso de carga de los RIPS y auditoría de la cuenta.
- Para la facturación de los servicios contratos por modalidad de pago por presupuesto global prospectivo "PGP", la IPS deberá presentar factura Electrónica o documento equivalente en forma separada (Régimen Subsidiado y/o afiliados en condición de movilidad "contributivo"). El documento de cobro deberá ser entregado por la IPS en los primeros 10 días calendario del mes que se factura, con los soportes establecidos contractual y normativamente.
- Para la facturación de servicios derivados de accidente de tránsito, luego de superado el tope de cobertura por el SOAT, se deberá anexar la relación de cargos facturados a la aseguradora respectiva, además de la autorización emitida por Savia Salud EPS.
- Para la facturación de servicios derivados de accidente de tránsito por vehículo fantasma luego de superado el tope de cobertura por la ADRES (800 SMMLV), se deberá anexar la relación de cargos facturados a la aseguradora respectiva, además de la autorización emitida por Savia Salud EPS
- La IPS se compromete a presentar, un estado de cuenta correspondiente a facturas pendientes en su cartera y radicadas ante SAVIA SALUD EPS, con el fin de corregir las inconsistencias que se puedan presentar al respecto y evitar la acumulación de cuentas de cobro y/o facturas. Lo anterior, con el fin de realizar cruce y depuración de saldos.

### Requisitos de facturación No PBS:

La facturación de todos los servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud (No PBS) prestados a los afiliados a partir del 1 de enero de 2020 del régimen contributivo y subsidiado, debe cumplir con lo siguiente:

- Se debe generar una factura por cada tecnología solicitada en la plataforma MIPRES, independientemente de que se hagan en una misma prescripción, por ningún motivo se pueden presentar facturas agrupadas; esto aplica para todos los ámbitos de atención.
- Factura electrónica de venta la cual debe ser equivalente a la reportada en la plataforma de MINSALUD, esta debe de contener el número de prescripción MIPRES, ID de direccionamiento, ID de entrega, ID de suministro, reporte de facturación y demás requisitos contemplados en la normatividad vigente.
- Cuando se trate de prescripciones de servicios para pacientes con enfermedades huérfanas cuyo diagnóstico se encuentre confirmado y se esté tramitando una tecnología NO PBS, por la plataforma MIPRES, si el médico tratante marca la casilla de enfermedad huérfana, debe validar previamente que al paciente lo haya ingresado a SIVIGILA, con los soportes correspondientes por norma, lo

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	27 de 41

anterior para garantizar el adecuado proceso de análisis, direccionamiento y entrega de la tecnología NO PBS.


Se debe tener en cuenta la directriz dada por la **Resolución 2481 de 2020 "Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"** Artículo 129: *Reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC. En el evento en que se prescriban servicios y tecnologías de salud que sean alternativos a los financiados explícitamente con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de los descritos en este acto administrativo, dichos servicios y tecnologías igualmente serán financiados con recursos de la UPC, así no se encuentren explícitamente descritos en los anexos a que refiere el artículo 5 de esta resolución, siempre y cuando, cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el INVIMA, o por la respectiva autoridad competente."*

*Parágrafo 1. Será la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos por evento o per cápita, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos, incluidos en el Régimen de Control Directo de Precios, entre otras.*

*Parágrafo 2. La información correspondiente a la financiación con recursos de la UPC, para servicios y tecnologías de salud que no se encuentren incluidos y explícitamente descritos en este acto administrativo, a que hace referencia el presente artículo, se deberá reportar conforme con lo dispuesto en los artículos 7 y 132 de esta resolución, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y surtirá los mismos procesos que los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC.*

### **8.2.2 Aspectos legales que deben contener la factura o documento equivalente.**

- Estar expresamente denominada como factura electrónica de venta o como factura cambiaria de compraventa.
- Llevar Apellidos y Nombres o Razón Social y NIT de quien vende o presta el servicio.R
- Llevar Apellidos y Nombres o Razón Social del adquirente de los bienes o servicios. En este caso ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. NIT 900604350-0.
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de ventas.
- Incluir fecha de expedición.
- Llevar una descripción específica de los Artículos vendidos y/o de los servicios prestados.
- Llevar el valor total de la operación.
- Nombre o Razón Social y NIT del impresor de la factura.
- Indicar la calidad de retenedor de Impuesto sobre las Ventas, Retención en la Fuente e ICA.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	28 de 41

- Hacer discriminación del IVA, cuando quien vende pertenece al régimen COMÚN.
- Indicar la fecha, el rango y número de la Resolución de Autorización de numeración de las facturas expedidas por la DIAN, donde deberá estar contenido el número de la factura a presentar.

Al momento de expedir la factura, lo establecido en los numerales previos; deben estar previamente impresos por medios litográficos o tipográficos. Cuando se utilice un sistema de facturación por computador con la impresión efectuada por dicho medio o facturación electrónica, se entienden cumplidos los requisitos de impresión previa.

Tramitar registro para hacerse beneficiario de la Cuenta Maestra ante el Ministerio de Salud y la Protección Social, ante la tesorería de SAVIA SALUD EPS con Certificación de Cuenta Bancaria (inferior a 30 días) y RUT actualizado y ante el departamento de Antioquia para giro directo.

### 8.2.3 Radicación de factura

Teniendo en cuenta que el proceso continuará siendo electrónico, La radicación de la facturación deberá efectuarse según comunicado enviado oficialmente por la jefatura de cuentas medicas con anterioridad a las IPS/ESE.


No obstante, al momento de formalizarse la relación contractual y si ocurre algún cambio en las direcciones de radicación de facturas se hará claridad a las IPS de manera oportuna.

### Procedimiento recepción Facturas físicas en estado “liquidadas”

- La recepción será para aquellas facturas que se encuentren liquidadas en nuestro aplicativo, por lo tanto, la mesa de ayuda de la SAVIA SALUD EPS enviará por medio de correo electrónico, un archivo en Excel notificando las facturas que se encuentran listas para su recepción.
- Las facturas en estado liquidadas serán recibidas en la siguiente dirección: Calle 44 N 80-08 – Centro comercial San Juan con la ochenta (Local 4403) – Medellín Antioquia.
- La recepción se encuentra habilitada en los siguientes horarios: lunes a viernes 8:00 am a 2:30 pm

### 8.2.4 Flujo de los recursos y trámite de las facturas.

Para el pago de las facturas, SAVIA SALUD EPS, se ajustará en primera instancia a las condiciones y los términos convenidos en el acuerdo de voluntades (contrato, valor mensual) o en su defecto a lo establecido en la normatividad vigente que regula la materia, entre ellas la Ley 1122 del 9 de enero de

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	29 de 41

2007, el Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo regulan o aquellas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

SAVIA SALUD EPS pagará los servicios de salud contratados por modalidad de servicios “evento” o paquete integral de atención, en el transcurso de los primeros 60 días después de recibida la factura (Previo trámite de auditoría de la cuenta). Para los contratos en modalidad PGP se pagará de acuerdo con lo establecido en el contrato.

En todo caso y con base en el Artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, la IPS se obliga a presentar a la EPS la factura por las atenciones efectivamente prestadas a los afiliados con los datos y en la estructura que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social conforme la reglamentación de la Ley 1438 de 2011, o los lineamientos técnicos y los estándares que sobre el particular expidan las dependencias técnicas del Ministerio (Viceministerio Técnico, Viceministerio de Salud o la Dirección General de Planeación y Análisis de política).

### Facturación paquetes


A continuación, se resume el paso a paso para la radicación de facturas por modalidad de contratación “paquetes”

- La Entidad debe tener contrato firmado con la EPS
- Contar con usuario y contraseña de la plataforma misional de la EPS
- Realizar el cargue de los RIPS (en un solo ítem el código contratado) a la plataforma misional de la EPS. Tener en cuenta que cuando suban los RIPS deben escoger la modalidad de paquete y NO de evento y además deben separar usuarios del contributivo y subsidiado.
- Radicar la factura y sus soportes completos al correo de programas especiales o al que se le indique y deben enviar correos separados para las facturas de usuarios del régimen subsidiado y del régimen contributivo, esta información debe ser enviada en carpetas marcadas con el número de la factura.
- Enviar con los soportes el pantallazo de la carga radicada por nuestro sistema.
- El reporte de los RIPS deberá realizarse debidamente diligenciados y procesados, garantizando **consistencia, suficiencia y calidad** de estos, donde se evidencie la relación de **TODAS las actividades** realizadas y sus frecuencias.

### Facturación cápita

A continuación, se resume el paso a paso para la radicación de facturas por modalidad de contratación “Cápita”

- Contar con usuario y contraseña de la plataforma misional de la EPS

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	30 de 41

- Realizar el cargue de los RIPS en la plataforma misional de la EPS. Tener en cuenta que cuando suban los RIPS deben escoger la modalidad de cápita y NO de evento y además deben separar usuarios del contributivo y subsidiado.
- Radicar la factura electrónica y sus soportes completos al correo del profesional de cuentas medicas [Arturo.gonzalez@saviasaludeps.com](mailto:Arturo.gonzalez@saviasaludeps.com) o al que se le indique y deben enviar correos separados para las facturas de usuarios del régimen subsidiado y del régimen contributivo
- Enviar el pantallazo del cargue de los RIPS en nuestro sistema y la primera página de los RIPS al correo [Yamile.gomez@saviasaludeps.com](mailto:Yamile.gomez@saviasaludeps.com)
- La factura debe venir por el valor liquidado entregado con anterioridad por el profesional de cuentas medicas Arturo González.
- El reporte de los RIPS deberá realizarse debidamente diligenciados y procesados, garantizando **consistencia, suficiencia y calidad** de estos, donde se evidencie la relación de **TODAS las actividades** realizadas y sus frecuencias.

### 8.2.5 Glosas y Devoluciones.


En materia de glosas y devoluciones SAVIA SALUD EPS dará el trámite correspondiente de acuerdo con lo definido en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008, la Resolución 4331 de 2013 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Las facturas que presenten situaciones tales como, tarifas superiores a las convenidas, falta de soportes, inconsistencias en los RIPS, falta de autorización, falta de pertinencia y racionalidad técnico-científica, entre otros, así como aquellas facturas o documentos equivalentes sujetas a devolución, se procederá conforme lo establecido en el anexo técnico número 6 “manual único de glosas, devoluciones y respuestas” de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La información la recibirá a través del correo electrónico [glosas.devoluciones@saviasaludeps.com](mailto:glosas.devoluciones@saviasaludeps.com). A través de este mismo correo electrónico la entidad podrá remitir su respuesta a la aseguradora.

En cuanto a la glosa de la factura, está será notificada en el pago y se enviarán por correo electrónico al e-mail definido por la IPS para estos efectos y/o por correo certificado. Luego de su análisis en el tiempo convenido y en el caso de tener algún reclamo, se deberá tramitar la respectiva solicitud debidamente argumentada. En el caso de que la glosa sea aceptada, la IPS deberá descargar la cartera con la debida nota crédito. La información la recibirá a través del correo electrónico [glosas.devoluciones@saviasaludeps.com](mailto:glosas.devoluciones@saviasaludeps.com), A través de este mismo correo electrónico la entidad podrá remitir su respuesta a la aseguradora

La institución se compromete a mantener actualizada esta información y en dar respuesta oportuna a las glosas sin superar los tiempos definidos por la normatividad vigente.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	31 de 41

En caso de no existir acuerdo sobre la glosa, se acudirá en primera instancia al mecanismo de conciliación entre las Partes, y si no llegase a acuerdo alguno se procederá según lo establecido en el Artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

### 8.2.6 Recaudo de copagos y cuotas moderadoras

Teniendo en cuenta que la responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de SAVIA SALUD EPS y esta última ha delegado en su Red de Prestadores la captación de estos recursos mediante acuerdo contractual, es necesario considerar las siguientes orientaciones para garantizar que el recaudo de los copagos y cuotas moderadoras se haga en cumplimiento de lo establecido por la normatividad vigente y lo establecido en el acuerdo de voluntades.

Se deberá soportar en la factura el pago realizado por los afiliados por concepto de copagos y cuotas moderadoras

La IPS deberá efectuar el cobro de copagos y cuotas moderadoras sujetándose a lo definido en la normatividad vigente en especial lo establecido en el Acuerdo 260 de 2004, Ley 1306 de 2009, Artículo 12, Ley 1388 de 2010, Ley 1412 de 2010, Artículos 2 y 3, Ley 1438 de 2011, Artículo 18, 19, Artículo 53, adicionado por el Artículo 5 de la Ley 1639 de 2013 y artículo 54, Ley 1448 de 2011 Artículo 3, Decreto-Ley número 4635 de 2011 Circular 00016 de 2014.


En la prestación de servicios contratados con **modalidad de capitación** el recaudo por concepto de copagos y/o cuotas moderadoras serán para la EPS.

Cuando se contrate bajo la modalidad de Presupuesto Global Prospectivo para actividades y tecnologías en salud de mediana y alta complejidad, los copagos y/o cuotas moderadoras serán para la EPS, salvo se pacten condiciones en contrario las cuales deberán ser consignadas en el acuerdo de voluntades.

Para las modalidades de contratación mencionadas precedentemente, la IPS descontará de la factura de cobro en el mes inmediatamente siguiente a la notificación que hubiese efectuado a Savia Salud EPS del servicio objeto de descuento por medio de nota crédito a favor de esta última.

En los servicios que se reconocen **por evento, paquete integral, u otras formas de pago**, los copagos y/o cuotas moderadoras son de SAVIA SALUD EPS y la IPS procederá a descontarlos de la respectiva factura de cobro.

SAVIA SALUD EPS vigilará y verificará que el cobro de los copagos y/ o cuotas moderadoras no supere los topes establecidos por el Ministerio de Salud Y Protección Social para cada año, los cuales pueden ser consultados en el portal SAVIA SALUD EPS.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	32 de 41

### 8.2.7 Recobro de servicios contratados por modalidad cápita o PGP.

Sin perjuicio de lo previsto en las obligaciones de la entidad responsable del pago de que trata el Parágrafo 1 del Artículo 7 del Decreto 4747 de 2007, todo servicio objeto del acuerdo de voluntades para el que se haya determinado modalidad de pago por capitación que no sea prestado por la IPS contratista y ponga a SAVIA SALUD EPS en la condición de pagadora de un tercero ajeno a la relación contractual, o que cumpla en forma parcial las metas a alcanzar en cuanto a las actividades de promoción y prevención, crea para SAVIA SALUD EPS la obligación y el derecho de pedir el restablecimiento de lo pagado.

Ahora bien, lo anterior no excusa a la IPS obligada contractualmente a prestar los servicios, para que ejerza todos los esfuerzos que eviten que SAVIA SALUD EPS deba reconocer a terceros servicios contratados y a cargo de dicha IPS.

En consecuencia, con lo anterior, SAVIA SALUD EPS mediante comunicación escrita y/o correo electrónico, le notificará al representante legal de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el monto de los recobros que adeuda a SAVIA SALUD EPS, fecha, hora y lugar de la reunión de conciliación. El representante legal de la entidad, hasta el quinto día hábil anterior a la fecha de la reunión de conciliación, podrá solicitar información relacionada con el tema a conciliar. Independiente de si el representante legal de la IPS solicitó o no información complementaria, se llevará a cabo la reunión, donde las partes analizarán la pertinencia y/o racionalidad técnico-científica del recobro, en el marco del acuerdo de voluntades suscrito. Si la otra parte no asiste a la reunión de conciliación, se le realizará una segunda citación informando fecha y hora, la cual deberá realizarse dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de la primera reunión. De la reunión de conciliación realizada entre ambas partes y en caso de que se dé un acuerdo conciliatorio, éste quedará plasmado por escrito mediante un acta de conciliación. Cuando la IPS no se allane a acudir no obstante haber sido convocada en dos (2) ocasiones a la reunión de conciliación de recobros, SAVIA SALUD EPS quedará en posibilidad y derecho de realizar automáticamente el descuento que corresponda, atendiendo a la renuencia de la parte citada.


En caso de que en ninguna de las dos (2) reuniones previstas se llegue a un acuerdo de conciliación, se acudirá a mecanismos alternativos de resolución de conflictos que prevé el ordenamiento jurídico colombiano, en las condiciones allí indicadas.

La reunión de conciliación podrá realizarse igualmente vía telefónica, correo electrónico o por cualquier medio virtual.

### 8.3 Información e indicadores de obligatorio reporte por parte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e indicadores de seguimiento.

En lo referente a la información e indicadores de obligatorio reporte por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Consorcios, Uniones Temporales y demás figuras jurídicas



	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	33 de 41

contratadas por Savia Salud EPS, que conforman la Red de Prestadores para la vigencia del contrato y que se constituye entre otros fines como insumo para comparar la calidad esperada versus la calidad observada, los resultados en salud y el cumplimiento de las obligaciones contractuales, de manera que se puedan iniciar acciones de mejora que redunden en beneficios y satisfacción para nuestros afiliados, la IPS deberá aportar los informes que se requieran para el seguimiento y adicionalmente aquellos que contractualmente se acuerden por voluntad entre la EPS y la IPS, o los que normativamente definan los entes reguladores correspondientes.

### 8.3.1 Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud “RIPS”


SAVIA SALUD EPS como entidad responsable de pago y en cumplimiento de lo normado en la Resolución 3374 de 2000, “Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios sobre los servicios de salud prestados”, ha actualizado el sistema de información y por lo tanto notifica a los Prestadores de Servicios de Salud las validaciones de RIPS, que en cumplimiento de la norma se aplicarán, tanto al momento de la radicación como en el procesamiento de la facturación.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), es el conjunto de datos mínimos y básicos que el SGSSS requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios de salud, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado en la Resolución 3374 de 2000. Tal cual lo dicen los Artículos 4 y 6 de la Resolución 3374 de 2000 y de acuerdo con lo dispuesto en los Artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, en relación con los requisitos que deben cumplir las facturas, se establecen los siguientes datos que se deben registrar en la descripción específica de los servicios de salud prestados:

Sin excepción todos los RIPS deberán contener en lo menos 4 archivos planos, a saber: archivo CT o control, archivo AF o factura, archivo US o afiliado y mínimo uno de los archivos de registro de costo de los servicios de salud AM y/o AT y/o AP y/o AC, según los servicios prestados a los afiliados.

Se debe garantizar por parte de la IPS que el registro de medicamentos, dispositivos médicos e insumos se realice según lo definido por el Ministerios de Salud y Protección Social en el Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB, facilitando el proceso de facturación.

El reporte de los RIPS deberá realizarse debidamente diligenciados y procesados, garantizando **consistencia, suficiencia y calidad** de estos, donde se evidencie la relación de **TODAS las actividades** realizadas y sus frecuencias.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	34 de 41


Requerimientos sobre los RIPS en aplicación de lo establecido en los Artículos 7 y 9 de la Resolución 3047 de 2000:

- Igualdad con la factura física a cargo de Savia Salud EPS, es decir que la sumatoria de los registros es igual al 100% del valor bruto de la factura, salvo cuando la modalidad de los servicios contratados corresponda a la modalidad de capitación.
- Veracidad con las fechas de atención al afiliado y de expedición de la factura, es decir en la tabla AF de los RIPS debe consignarse la fecha de expedición de la factura, seguida de la fecha de inicio de la atención o ingreso del paciente a la prestación y la respectiva fecha de finalización de la prestación de los servicios de salud o egreso de la prestación del servicio de salud.
- Coherencia en cumplimiento normativo códigos CUPS para los procedimientos actividades e intervenciones en salud, códigos CIE-10 para la identificación de morbimortalidad y Códigos CUM para los medicamentos.
- La IPS deberá Validar que los códigos CIE 10 correspondan con la historia clínica del paciente, siendo específicos de la descripción del profesional que desarrolla la atención en salud.
- Soportes de las facturas de prestación de servicios, según lo estipulado en el Artículo 12 de la Resolución 3047 de 2008 que establece como máximo los definidos en el Anexo Técnico N° 5 de la misma Resolución y adicionado por la Resolución 4331 de 2012 que estableció que cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos -CUM-emitido por el INVIMA.

Para los casos donde el modelo de contratación sea la modalidad de cápita los RIPS de cada mes deben contener un número único de factura que está relacionado al mes del giro y todos los servicios deberán estar valorados a la tarifa contratada en modalidad pago por servicio. Para los contratos en modalidad de PGP para las rutas integrales se definirá en las mesas técnicas de seguimiento la forma de radicación de los RIPS

De la estructura y conformación de los archivos RIPS se verifican los siguientes ítems:

<b>LISTA DE CHEQUEO DE CALIDAD EN LA ESTRUCTURA Y CONFORMACIÓN DE LOS ARCHIVOS RIPS/ESE</b>
Los números de las remisiones son 6 dígitos únicos e irrepetibles, por cada IPS
El número de la remisión es igual para todas las tablas que conforman la remisión RIPS reportada
Se conforman remisiones RIPS por facturas de una misma línea de pago (Tutelas o desplazados)

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	35 de 41

<b>LISTA DE CHEQUEO DE CALIDAD EN LA ESTRUCTURA Y CONFORMACIÓN DE LOS ARCHIVOS RIPS/ESE</b>
Las remisiones RIPS son por cada código de habilitación, es decir por cada sede de prestación de servicios
El código de habilitación lo conforman 12 dígitos; de los cuales los 2 primeros dígitos son departamento, los 3 siguientes municipios, y los 5 siguientes son el código de la Institución y los 2 últimos son la sede que reporta
El almacenamiento de los RIPS se debe hacer por: Vigencia, periodo y línea de pago. No debe “sobre-encarpetarse”
Los nombres de las carpetas que contienen las remisiones RIPS deben ser cortos, sin tildes, comillas, eñes (ñ), u otros signos
El nombre de la carpeta que contiene la remisión RIPS reportados no puede ser igual al número determinado para la remisión RIPS
Los datos de los archivos texto de los RIPS, no contiene ni tildes, ni comillas, ni eñes u otros caracteres especiales ya que truncan la importación
El periodo de la prestación de servicios lo determina la fecha de finalización de la prestación de los servicios de salud (Egreso del paciente)
Los afiliados pueden tener varias facturas en un mismo periodo en una misma línea de pago; sin embargo, en el archivo US de los RIPS sólo se relaciona una sola vez
Para el reporte de valores en todas las tablas no pueden contener signos negativos o valores decimales separados por comas, el separador para decimales es el punto (.)


**8.3.2 Reporte de las actividades de las rutas integrales de atención en salud, según lo establecido en las Resoluciones 3202 de 2016 y 3280 de 2018, se deben reportar de acuerdo con lo establecido en dicha normatividad, para lo cual están dispuestas las siguientes herramientas: RIPS web, PAI WEB, Gestión 4505, SIVIGILA, Cuentas de Alto Costo, entre otros.**

En relación con la herramienta Gestión 4505, el prestador pueda acceder al aplicativo mediante el ingreso del usuario y contraseña asignados, en caso de no contar con dicho usuario, este puede ser solicitado mediante correo electrónico a la dirección [mesadeayuda4505@saviasaludeps.com](mailto:mesadeayuda4505@saviasaludeps.com).

### **8.3.3 Indicadores de seguimiento a las IPS y/o prestadores de servicios de salud**

Los indicadores a los cuales se compromete la IPS aportar en las condiciones y plazos definidos normativamente son los siguientes:

- Indicadores de oportunidad definidos contractualmente para cada actividad, servicio y tecnología.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	36 de 41

- Indicadores de seguimiento definidos en el contrato, para el caso de los prestadores primarios los que se prioricen como trazadores y los del tablero de estimaciones, indicadores Fenix y los establecidos en la relación contractual con los prestadores, Uniones Temporales, etc para evaluar el desempeño de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

#### **8.3.4 Auditoria de Calidad a la Red de Prestadores contratada**

Se realizará auditoria de calidad a todos los prestadores de servicios de salud contratados por Savia Salud EPS, con el fin de verificar la calidad en la prestación del servicio y las acciones implementadas para el mejoramiento continuo de los procesos, para ello, se verificarán los avances en el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, el cumplimiento a los estándares de habilitación según la normatividad vigente, el cumplimiento al sistema de información y la gestión realizada desde el Sistema de información al afiliado SIAU aplicando como metodología el envío de información de manera virtual y la realización de visitas presenciales en la periodicidad que se defina.

#### **8.3.5 Gestión acompañamiento integral**


Se realizará acompañamiento a los afiliados internados desde el momento del ingreso a la IPS hasta su egreso y seguimiento. Para ello se conformarán equipos de excelencia con el objetivo de acompañar de forma integral al afiliado de Savia Salud EPS que requiere un proceso de internación, contribuyendo con ello a la satisfacción y al logro de mejores resultados en salud, integración con las RIAS y favoreciendo el equilibrio financiero de la organización. El acompañamiento se hará en tres momentos: antes, durante y después de la internación

El proceso de Gestión integral inicia con la verificación del ingreso del paciente a la IPS priorizada, seguimiento y trazabilidad a la atención, finaliza con el egreso seguro/continuidad de la atención del afiliado y cierre de la factura ya conciliada para el respectivo reconocimiento de los valores a pagar.

Para las IPS no priorizadas se continuará el proceso de auditoría de acompañamiento hasta la gestión administrativa, sin que se realice en caliente la auditoría de cuentas medicas con la validación de la Prefectura ni se diligencia la herramienta de conciliación de cuenta médica ya que el prestador debe realizar el proceso ya establecido para la radicación de la factura en el área respectiva de Savia Salud EPS. Para más información se puede consultar el Manual de Acompañamiento Integral.

#### **8.3.6 Reporte de información clínica del afiliado**

La EPS recibirá información clínica de los afiliados que requiera, sea porque la IPS asigne un usuario de consulta en su sistema y/o porque determinen un canal directo para hacer la solicitud. Lo anterior para efectos de agilizar un proceso de referencia o contrarreferencia, para realizar labores de auditoría concurrente, para auditar y avalar una cuenta del prestador, entre otros, siempre y cuando se conserven los principios de confidencialidad del paciente y no se vulneren sus derechos. Y se entiende que su uso es exclusivamente para lo cual fue solicitado.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	37 de 41

#### 8.4 Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS.

Savia Salud EPS habilitó ante el Ministerio de Salud y Protección Social su RIPSS como número 116 con fecha 14 de enero de 2020 y por un periodo de 5 años, Consecutivo del ministerio **900604350-05000-00000116**. Y cómo se estructura en el documento **OD-RS-10** “PROPUESTA DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE SAVIA SALUD EPS”


La estructuración de las RIPSS busca entre otras facilitar el acceso real y efectivo a los servicios requeridos por la población de afiliados, bajo los atributos de calidad como accesibilidad, integralidad y continuidad, oportunidad, resolutivez y equidad, y como consecuencia de lo anterior, resultados de salud.

Savia Salud EPS adelanta de manera continua los siguientes procesos y procedimientos para la planeación y gestión del proceso de atención mediante redes, para su población a cargo en un territorio determinado:

- Identificar en cada territorio su población afiliada y prever su potencial dinámica o modificación.
- Realizar la identificación y caracterización del riesgo de su población a cargo de acuerdo con el Modelo Integral de Atención en Salud.
- Cuantificar y valorar la demanda en salud para la magnitud de la demanda agregada.
- Evaluar la pertinencia de la oferta en términos de modalidades de atención. Cuando lo requiera o por criterios de accesibilidad geográfica de sus afiliados
- Planificar y desarrollar las estrategias y los procesos para cubrir los déficits de oferta de servicios.
- Especificar la manera en la cual se llevará a cabo la operación del proceso de atención en salud de su población a cargo.
- Mantiene actualizada la Conformación y organización de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud para sus afiliados, en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad, oportunidad y resolutivez.

Los Prestadores de Servicios de Salud que conforman las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, deberán de manera permanente:

- Garantizar el cumplimiento de las condiciones de habilitación previstas en la normatividad vigente.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	38 de 41

- Reportar y mantener actualizados los componentes de capacidad instalada definidos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- Presentar a la entidad territorial, en el marco del Sistema Único de Habilitación, los servicios disponibles habilitados para definir la oferta en el territorio.
- Garantizar los acuerdos frente al sistema de referencia y contrarreferencia definido por Savia Salud EPS.
- Realizar el seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios de salud de la institución, en términos de los atributos de la calidad.
- Garantizar el reporte de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, de manera sistemática de conformidad a la normatividad y realizar el reporte oportuno a las Entidades Responsables de Pago.


### **8.5 Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):**

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de:

- 1) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades.
- 2) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- 3) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Las RIAS son una herramienta que definen a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurarla integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	39 de 41

mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

SAVIA SALUD EPS, en el año de 2020 implementó “El plan de modernización de Savia Salud” con el cual se pretende convertir la EPS en el eje articulador de la política de salud de Antioquia, bajo lo que se conoce a nivel mundial como una “Red Integrada de Servicios de Salud”. La razón principal de elaborar un plan de modernización es el resultado operacional negativo por un exceso de gasto en salud, que, aunque ha disminuido, aún no llega al punto de equilibrio.


La modernización propone cuatro modelos: 1) gestión del riesgo, 2) prestación de servicios, 3) gestión del riesgo financiero y 4) gobierno corporativo. En la prestación de los servicios, se busca organizar los servicios para atender la enfermedad y monitorear los servicios prestados, sus frecuencias de uso y costo. En cuanto a la gestión del riesgo financiero se basa en cómo usar y controlar el dinero que financia los servicios para ajustarlos al ingreso recibido mediante la UPC.

Dentro de las estrategias implementadas en el Plan de modernización, se tiene la generación del “Nuevo modelo de gestión del riesgo financiero” el cual consiste en cómo se hace el manejo y el control del dinero con el que se financia la gestión del riesgo y la prestación de los servicios, con el objetivo de que estos se ajusten al ingreso recibido mediante la Unidad de Pago por Capitación -UPC-.

Uno de los elementos centrales en la gestión del riesgo financiero tiene lugar con los mecanismos de contratación y pago que se utilicen para reconocer los servicios ofrecidos.

Estos mecanismos deben estar enfocados en que el prestador también asuma una parte del riesgo financiero inherente a la atención que estimule hacer las cosas con mayor calidad y eficiencia. Teniendo en cuenta lo anterior, SAVIA SALUD EPS, está trabajando en la implementación de las RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD – RIAS – como estrategia que contribuye al cumplimiento del “Plan de modernización” de la EPS.

Las siguientes son las RIAS que implementará y contratará la EPS: HEMOFILIA, MATERNO – PERINATAL, PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, CÁNCER DE MAMA, SALUD MENTAL - SPA – SUICIDIO, SALUD VISUAL, RENAL, CÁNCER, CÁNCER INFANTIL, VIH, INFECCIOSAS- TB, INFECCIOSAS- HEPATITIS C, INFECCIOSAS- VECTORES Y LEPROA, SALUD ORAL, ENFERMEDADES AUTOINMUNES, ENFERMEDADES PULMONARES, SALUD MENTAL – VIOLENCIA, CARDIO – VASCULAR, CEREBRO – VASCULAR, METABÓLICA - VASCULAR PERIFÉRICO, ENFERMEDADES HUÉRFANAS, SALUD AUDITIVA, TRASPLANTES, NEUROLÓGICAS Y NEURODEGENERATIVAS.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	40 de 41

## 8.6 Sistema de Información Conexiones

En Savia Salud estamos comprometidos con la innovación y la mejora continua, por ello, nuestro sistema de información cambia para conectarnos efectivamente, en la actualidad renovamos con un nuevo software interno, creación propia de la EPS que facilitará brindar soporte bajo el concepto de Red, denominada: Conexiones Savia.

Es importante resaltar que, el enfoque de Conexiones Savia es la simplicidad, minimizando reprocesos, con la posibilidad de generar información oportuna para la toma de decisiones. El macroproyecto articulará a la red mediante sus demás componentes: interoperabilidad clínica, interoperabilidad de trámites administrativos y financieros, además de atención al usuario.

Las instituciones contratadas por PGP para ejecución de las RIAS, deberán realizar todas las adecuaciones e implementación de tecnologías, para una efectiva conectividad y articulación de los sistemas de información con las plataformas tecnológicas de Savia Salud EPS.

## 8.7 Reporte Resolución 1552 de 2013

La red de prestadores, estarán obligadas a disponer de un sistema de información para las citas de odontología, medicina general y medicina especializada, en el que se registren los siguientes datos: (i) la identificación del usuario incluyendo el régimen y datos de contacto, (ii) CUPS y descripción de las especialidades ofertadas en la ESE/IPS (iii) la fecha en que el usuario solicita la cita, (iv) la fecha en que el usuario solicita le sea asignada la cita; (v) la fecha para la cual se asigna la cita y (vi) institución prestadora de servicios de salud donde se asigna la cita, identificándola con el código del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, (vii) el número de horas-especialista, contratadas o disponibles para cada especialidad.


El prestador debe hacer el reporte **mensual, completo, confiable y suficiente** de la oportunidad de la asignación de citas de primera vez **los cinco (5) primeros días de cada mes** en los mecanismos de reportes dispuestos por la EPS.

El reporte se debe hacer al correo [reporte1552@saviasaludeps.com](mailto:reporte1552@saviasaludeps.com) en la plantilla institucional **FO-RS-24 Formato informe de oportunidad por ESE-IPS\_R1552\_2013.xlsx**. El asunto del correo deberá llevar el municipio de la ESE/IPS, Razón Social ESE/IPS, el nombre de la Resolución 1552 de 2013 y el periodo de reporte.

## 9. Registros

No aplica.



	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	<b>Código</b>	MA-RS-02
		<b>Versión</b>	12
	<b>MANUAL DE RELACIONAMIENTO</b>	<b>Fecha</b>	20/08/2020
		<b>Página</b>	41 de 41

## 10. Anexos

No aplica.

## 11. Referencias

Ministerio de salud y protección social. (12 de 2013). MINSALUD. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/normativa-inicio.aspx>.