Anexo No. 2. Especificaciones Funcionales Detalladas

ESPECIFICACIONES DETALLADAS (este documento es una referencia del dimensionamiento actual, cualquier norma, requerimiento de algún Ente de Control o necesidad de la operación puede cambiar su alcance; durante la ejecución del contrato este documento podrá ser actualizado debido a cambios normativos o las necesidades del proceso)

1. DETERMINACIÓN DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDADES TEMPORALES

1.1. Validación Documental

Se verifica que el certificado de incapacidad aportado por el ciudadano cumpla con todos los requisitos establecidos legalmente y que contenga toda la información necesaria para realizar el estudio de la solicitud de la prestación económica, para esto se deberá:

Consultar el número del radicado del trámite de Determinación del Subsidio por Incapacidad en el sistema de integración de servicios. A continuación, se deberá desplegar una opción o botón que permita dejar trazabilidad de la validación documental y diligenciar los campos que aparezcan en blanco, registrando la información contenida en el certificado de incapacidad radicado por el ciudadano como: EPS, número del certificado de incapacidad, fecha de inicio y final de la incapacidad, el código del diagnóstico.

El sistema de integración de servicios deberá habilitar las opciones que permita marcar la(s) causal(es) de rechazo y guardar la información de tal manera que quede la trazabilidad.

En caso de rechazo de un trámite el aplicativo deberá generar una comunicación de respuesta al ciudadano donde se le informe lo pertinente.

Si el certificado de incapacidad contiene toda la información requerida legalmente y no se encuentra inmersa en una de las causales de rechazo, el aplicativo también deberá permitir realizar la marcación y registrar la información pertinente.

Si el certificado de incapacidad cumple con todos los requisitos legales, el sistema de integración de servicios deberá habilitar las opciones que permitan avanzar el trámite a la actividad Validación de Derechos para su correspondiente estudio.

1.2. Validación de Derechos

Si es procedente el reconocimiento y pago de las incapacidades, el colaborador, deberá registrar en el sistema de integración de servicios la siguiente información:

- El ciclo de incapacidades: Día 1, día 180, día 540.
- La fecha de radicación del concepto de rehabilitación favorable.
- Fecha de emisión del Concepto de Rehabilitación.
- Verificar la fecha inicial y fecha final de las incapacidades solicitadas.
- Fraccionar los periodos de incapacidad si hay lugar a ello.
- Registrar la causal de negación o rechazo por cada ciclo de incapacidad, según corresponda.
- Avanzar el trámite a la siguiente actividad que es diligenciar datos de la liquidación.

Ahora, sí para continuar con el estudio de la solicitud, es necesario que el ciudadano aporte documentación adicional, el sistema de integración de servicios deberá permitir que el funcionario registre la información correspondiente y generar la comunicación que se le remitirá al ciudadano. Asimismo, el sistema de integración de servicios deberá dejar el caso en timer y calcular el plazo máximo para que el ciudadano aporte los documentos.

Si no hay lugar al reconocimiento de las incapacidades, el colaborador, deberá seleccionar en el sistema de integración de servicios la causal de rechazo que corresponda para que se genere la comunicación que se le enviará de manera física o electrónica al ciudadano, según éste lo hubiere informado.

1.3. Liquidación subsidios por Incapacidad

Es el proceso mediante el cual se establece el Ingreso Base de Cotización - IBC para el cálculo de los subsidios por incapacidades temporales que se van a reconocer al ciudadano.

De acuerdo con el radicado a liquidar se tiene en cuenta la información previamente diligenciada en el sistema de integración de servicios en la actividad validación de derechos donde se estableció el día 1, día 180 y día 540 de la incapacidad temporal, las fechas iniciales y finales de cada incapacidad a reconocer.

Se requiere que se registre el número de radicado, número de documento, fechas de las incapacidades, días a pagar, de acuerdo con el día inicial se realiza el cálculo del IBC. Para realizar este cálculo se consulta el sistema de integración de servicios de Historia Laboral donde se busca por tipo y número de documento del afiliado, si el afiliado devenga salario fijo se toma

el IBC reportado en el mes inmediatamente anterior al día inicial de incapacidad, si el salario es variable se obtiene el IBC promediando los IBC reportados en los 12 meses inmediatamente anteriores al día inicial de incapacidad.

El sistema de integración de servicios debe tener en cuenta que si el IBC es igual o inferior a dos SMMLV se liquida con el valor del SMMLV del periodo correspondiente a las incapacidades, pero si el este supera los dos SMMLV las incapacidades se liquidan sobre el 50%.

El sistema de integración de servicios deberá cargar toda la información en la Base de Pagos IT, registrando: número de documento, radicado, indicar si el trámite corresponde a una tutela o si es día a día, el valor del IBC, la información del tercero autorizado si aplica, los periodos de cada incapacidad, el total de días a pagar, valor a pagar por cada período, el valor total a pagar. Si el afiliado no está creado en la Base de Pagos se debe registrar con el número de documento, nombres y apellidos, sexo, departamento y municipio.

En el sistema de integración de servicios se abre la pestaña nuevo, se busca por documento de identidad y en la opción registrar novedad, se diligencia tipo de novedad - cambio de IBC, se registra el año y el valor correspondiente para cada periodo, una vez actualizado regresamos al página de liquidación, se verifica que el IBC registrado este correcto, se compara con base de pagos que el cálculo esté correcto y el valor total a pagar, también se descarga el certificado bancario y si tiene tercero la autorización escrita, se registran los datos bancarios y se guarda la información, y posterior se avanza el caso para REVISIÓN DATOS Y LIQUIDACIÓN y se verifica que el oficio generado este correcto.

1.4. Revisión Oficio de Pago

En esta actividad se valida el oficio de pago de incapacidades, determinando que la información registrada corresponde con los documentos radicados por el afiliado y con lo existente en el expediente y en los sistemas de información de la entidad.

- Se revisan todos los radicados asociados al número de documento del ciudadano.
- Se verifica que se acrediten las condiciones para el reconocimiento y pago de las incapacidades de origen común al momento del inicio de la incapacidad.
- Se valida que la información del Concepto de Rehabilitación esté debidamente registrada en el sistema de integración de servicios.
- Verifica el registro del Ciclo de Incapacidades establecido: día inicial, día 180 y día 540.
- Valida que el Ingreso Base de Cotización - IBC, los valores a pagar, los datos del destinatario del pago, la información correspondiente a la entidad bancaria, tipo y número de cuenta, correspondan con la suministrada por el ciudadano y sean

consistentes con lo registrado por el funcionario en la actividad de liquidación, a fin de garantizar la adecuada emisión del oficio de pago.

- Agotada la actividad de revisión si el funcionario aprueba el caso para que se genere el oficio de pago y se estampe la firma de la directora de Medicina Laboral.
- De evidenciar inconsistencias que deban ser corregidas en las etapas de Validación de Derechos y/o Liquidación, el revisor devolverá el trámite a la actividad correspondiente, registrando en el sistema de integración de servicios las observaciones que considere pertinentes y solicitará realizar los ajustes a que haya lugar.

1.5. Control Calidad

El control de calidad se realiza sobre una muestra aleatoria equivalente a un porcentaje de los casos que se aprueban en la actividad de revisión, la cual, deberá seleccionarse automáticamente por el sistema de integración de servicios de integración y asignarse simultáneamente a los funcionarios designados por la Dirección Medicina Laboral para el desarrollo de esta actividad.

Previo a la firma del director(a) de Medicina Laboral el funcionario realizará un análisis del caso asignado y deberá realizar una revisión integral de la información registrada en las actividades previas, es decir, Validación de Derechos, Liquidación y Revisión a fin de comprobar el correcto estudio y decisión del trámite.

Realizado el control de calidad si el colaborador aprueba el oficio de pago, el trámite avanzará para la firma del director(a) de Medicina Laboral y deberá quedar en un estado para comunicación del oficio al ciudadano.

Si al realizar el control de calidad el funcionario observa que el trámite presenta errores, se devolverá el caso a la actividad correspondiente, por tanto, el sistema de integración de servicios deberá habilitar un espacio donde se registren todas las observaciones que considere pertinentes con el fin de que se realicen las validaciones y correcciones a que haya lugar.

1.6. Comunicación Oficio de Pago

Con esta actividad se pone en conocimiento del ciudadano el oficio de pago de las incapacidades temporales reclamadas.

El sistema de integración de servicios deberá permitir descargar el oficio de pago generado en formato PDF para que el colaborador lo remita interesado y dejar trazabilidad de su gestión registrando la información pertinente.

1.7. Medicina laboral tutelas por incapacidades.

Teniendo en cuenta que en el subproceso de Determinación del Subsidio por Incapacidades Temporales se reconocen prestaciones en cumplimiento de órdenes judiciales, el sistema de integración de servicios deberá contener los campos necesarios para registrar dicha información, tales como:

Número del radicado Bizagi donde obra la orden judicial, número del proceso judicial, fecha del fallo, tipo de despacho judicial, jurisdicción, especialidad, número del juzgado, municipio, departamento, un espacio para registrar la orden judicial.

1.8 Pago a Herederos.

El sistema de integración de servicios deberá contener un campo para marcar el trámite como Pago a Herederos en aquellos casos en los que se establezca que el afiliado causante del subsidio por incapacidad falleció. Además deberá contener un campo para registrar la fecha de fallecimiento.

Si el afiliado solicita el subsidio por incapacidad antes del fallecimiento se realizará el estudio correspondiente agotando las actividades de Validación de Derechos y Liquidación y el sistema de integración de servicios deberá generar una comunicación que se remitirá a los herederos indeterminados del causante y informando el valor del subsidio causado e indicando el procedimiento para su reclamación.

Si por el contrario, el afiliado no solicitó en vida el subsidio por incapacidad y quienes reclaman la prestación son los herederos, se realizará el estudio correspondiente agotando las actividades: Validación de Derechos, Liquidación y el sistema de integración de servicios deberá generar el oficio de pago, el cual, avanzará a las actividades de Revisión, Control de Calidad y Comunicación.

1.9. Recobro de incapacidades.

Para el estudio de una solicitud de recobro por incapacidades temporales el sistema de integración de servicios deberá contener los campos necesarios para registrar la información que permita la creación del trámite, tales como:

Datos Básicos del Solicitante: número de radicado, fecha de radicación, razón social, Tipo de documento, número de documento, dirección, teléfono, municipio, departamento.

Datos Básicos del Afiliado: Tipo de documento, número de documento, apellidos, nombre, fecha de nacimiento, sexo, dirección, teléfono.

Si el caso es aprobado en la actividad antes mencionada por cumplir con los requisitos establecidos para el reconocimiento y pago de la incapacidad, el encargado debe continuar con la gestión del caso conforme lo establecido en el presente instructivo para el Plan de Contingencia.

Si la solicitud no cumple con los requisitos para su reconocimiento, el trámite finaliza con la remisión de una comunicación a la entidad reclamante, informándole con claridad las causales de la no aprobación que se presentaron.

2. DETERMINACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL/OCUPACIONAL Y REVISIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ.

Una vez radicada la solicitud de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral/Ocupacional, se genera un radicado asignado a la Dirección de Medicina Laboral el cual se encarga de realizar el estudio para continuar con el trámite solicitado, surtiendo las etapas:

2.1 COMUNICACIÓN INICIO DE CALIFICACIÓN

A través de la integración del BPM de la Entidad con la herramienta en la cual el prestador de servicios de Medicina Laboral gestiona sus actividades, deberá consignar y/o actualizar la información de las partes interesadas (EPS, ARL y empleador), con el objetivo de generar un reporte que traiga la siguiente información para poder proceder con el envío masivo de las comunicaciones:

- EPS a la cual se encuentra afiliado
- Dirección de la EPS
- Correo electrónico de la EPS
- ARL a la cual se encuentra afiliado
- Dirección de la ARL
- Correo electrónico de la ARL
- Nombre del empleador
- Dirección empleador
- Correo electrónico del empleador

2.2 VALIDACIÓN DOCUMENTAL

A través de la integración del BPM de la Entidad con la herramienta en la cual el prestador de servicios de Medicina Laboral gestiona sus actividades, un profesional de la salud realiza una validación y análisis de la historia clínica que reposa en el expediente del ciudadano/afiliado o beneficiario, en el cual puede suceder lo siguiente:

- Rechazo Trámite
- Avanzar validación documental
- Solicitud Documental

2.2.1 RECHAZO TRÁMITE

En la etapa de Revisión de documentos, el trámite puede ser rechazado por alguna causal parametrizable y/o definida en el sistema, y una vez seleccionada debe pasar a una etapa de revisión por parte de un médico asignado por Colpensiones.

En la etapa de revisión, el médico revisor de Colpensiones puede avalar el rechazo a lo cual se genera un documento en donde se le informa al ciudadano sobre el rechazo y cierre del trámite; en caso de no avalar el rechazo, el trámite debe regresar a la actividad anterior para nueva verificación en donde se observe lo informado por el médico revisor de Colpensiones.

2.2.2 AVANZAR VALIDACIÓN DOCUMENTAL

En esta etapa se aprueba la revisión de los documentos por parte del profesional encargado de la actividad y debe pasar a la siguiente etapa para determinar el tipo de valoración.

2.2.3 SOLICITUD DOCUMENTAL

En caso de proceder la solicitud de documentos adicionales, el sistema debe permitir registrar el estado de guía de la entrega de la comunicación, tomando los siguientes resultados:

- Conformación entrega efectiva de la comunicación:

Para esta opción el sistema debe esperar a que el ciudadano realice la radicación de dichos documentos. Se aclara los tiempos en la actividad Espera documentos faltantes.

- Entrega no efectiva dirección de envío incorrecta:

Para esta opción el sistema debe permitir elaborar una nueva carta para realizar los ajustes a los cuales haya lugar y proceder a realizar nuevamente el envío.

ESPERA DOCUMENTOS FALTANTES

El sistema debe contar un término de 30 días calendario +1, contada desde la fecha registrada en el estado de guía de la comunicación de entrega.

Se debe tener en cuenta registrar solicitud de prórroga cuando sea requerido por el calificado, la cual se otorgará por el mismo término inicial de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1437 de 2011 – modificada ley 1755 de 2015 o la norma que la modifique o complemente.

Una vez vencidos los términos, el sistema debe generar una alerta de los trámites que se encuentren con el cumplimiento de término para aportar documentos y que permita el diligenciamiento de las siguientes acciones:

- Aporte documentos:

El sistema debe permitir el avance a través de esta opción para que se realice la validación documental.

- Solicitud de prórroga:

El sistema debe aumentar el tiempo de espera en 30 días calendario a la fecha de entrega de la comunicación en la cual se realizó la solicitud de documentos. Esto solo se permite una vez.

- Vencimiento de término sin aporte documental por parte del calificado.

Luego de la alerta generada por el sistema, se debe permitir realizar una revisión por parte del funcionario asignado, sobre si se puede realizar la calificación con la documentación actual con el fin de determinar el avance del trámite a la definición del tipo de calificación, o procede el rechazo lo cual generaría un documento informando al ciudadano del desistimiento tácito y posterior cierre del trámite.

2.3 SELECCIÓN TIPO DE VALORACIÓN

Debe crearse una etapa, que permita seleccionar entre las siguientes opciones:

- Valoración telefónica: En esta opción se informa al BPM sobre la entrevista al ciudadano y el sistema debe permitir almacenar los datos de la valoración. Surtida esta etapa, deberá continuar a la siguiente actividad de elaboración del dictamen el cual estará a cargo de un profesional de la salud.
- Valoración presencial: En esta opción se informa al BPM que debe continuar a la etapa realizar la asignación de cita.
- Valoración telemedicina: En esta opción se informa al BPM que debe continuar a la etapa realizar la asignación de cita.

2.4 ASIGNACIÓN DE CITA

Para la asignación de cita se contacta telefónicamente por un número de intentos definidos por la entidad a los datos de contacto del calificado para agendar la valoración presencial o telemedicina.

2.4.1 Si es efectivo el contacto telefónico se realiza el registro de la información de la cita respecto de la disponibilidad del profesional de la salud.

2.4.1 Si posterior a los intentos con los intervalos de tiempos definidos por la entidad, no es posible el contacto telefónico, el sistema debe generar una carta para información el rechazo del trámite y cierre posterior.

2.5. ASISTENCIA DE CITA

El sistema debe permitir registrar la información por parte del médico respecto del resultado de la valoración presencial cuando el ciudadano asiste a la cita programada y continuar a la etapa de elaboración del dictamen.

En caso de que el ciudadano no asista a la valoración presencial, el sistema debe permitir registrar si existe una justificación para dicha ausencia. En caso de existir justificación, el trámite debe regresar a la etapa de asignación de cita; en caso de no existir justificación el sistema debe generar una plantilla editable informando del rechazo del trámite por incumplimiento de cita y cerrarse.

2.6 DETERMINANDO PCL / DICTAMEN PRELIMINAR

Una vez efectuada la valoración del título II por parte del profesional de la salud competente, si lo considera necesario, podrá:

- Elaborar Dictamen
- Solicitar Exámenes
- Rechazar Caso

Cuando se realiza el rechazo del caso, este debe pasar a una etapa de revisión por parte de un médico asignado por Colpensiones con su respectiva causal de rechazo.

En la etapa de revisión, el médico revisor puede avalar el rechazo a lo cual se genera un documento en donde se le informa al ciudadano sobre el rechazo y cierre del trámite; en caso de no avalar el rechazo, el trámite debe regresar a la actividad de elaboración de dictamen anterior para nueva verificación en donde se observe lo informado por el médico revisor de Colpensiones.

En caso de proceder la solicitud de exámenes adicionales, se debe requerir a la siguiente etapa que realice la autorización a través de la causal de devolución correspondiente para que una vez se de poder realizar dicha solicitud. Posteriormente se debe generar una carta editable para realizar la solicitud de exámenes y avanzar para quedar en espera de la entrega por parte del ciudadano.

ESPERA DE EXÁMENES SOLICITADOS

El sistema debe contar un término de 30 días calendario +1, contada desde la fecha registrada en el estado de guía de la comunicación de entrega.

Se debe tener en cuenta registrar solicitud de prórroga cuando sea requerido por el calificado, la cual se otorgará por el mismo término inicial de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1437 de 2011 – modificada ley 1755 de 2015 o la norma que la modifique o complemente.

Una vez vencidos los términos, el sistema debe generar una alerta de los trámites que se encuentren con el cumplimiento de término para aportar dichos exámenes y que permita el diligenciamiento de las siguientes acciones:

- Aporte exámenes adicionales:

El sistema debe permitir el avance a través de esta opción para que regrese a la elaboración de dictamen.

- Solicitud de prórroga de solicitud de exámenes:

El sistema debe aumentar el tiempo de espera en 30 días calendario a la fecha de entrega de la comunicación en la cual se realizó la solicitud de documentos. Esto solo se permite una vez.

- Vencimiento de término sin aporte documental por parte del calificado.

Luego de la alerta generada por el sistema, se debe permitir realizar una revisión por parte de un profesional de la salud, sobre si se puede realizar la calificación con la documentación actual con el fin de determinar el avance del trámite a la elaboración de dictamen, o procede el rechazo, cuando se dé esto último, se debe generar una plantilla para informar al ciudadano del desistimiento tácito y posterior cierre del trámite.

En caso de realizar la elaboración del dictamen el caso debe continuar a la siguiente etapa donde se realiza el control de calidad.

2.7 CONTROL CALIDAD

Una vez elaborado el Dictamen, el médico encargado de la actividad control de calidad, deberá constatar que la información consignada en el cuerpo del dictamen se encuentre debidamente ajustada conforme a los requisitos legales, de evidenciarse una discordancia entre la información aportada por el ciudadano y lo allí señalado, deberá devolverlo al profesional de la salud competente por una causal diferente a solicitud de exámenes o solicitud de cambio de tipo de valoración, para que el encargado de la calificación efectúe los ajustes dentro del sistema en la actividad anterior; si se devuelve por causal de solicitud de exámenes el trámite debe regresar al elaborador del dictamen para que este pueda realizar dicha solicitud; en caso de que se devuelva con la causal para cambiar el tipo de valoración, el trámite debe regresar a la etapa de selección tipo de valoración; en caso que se encuentre ajustado y no se vaya a devolver, este se aprobará, posteriormente deberá pasar a la etapa de notificación del dictamen, esto si no es seleccionado en el sistema por filtro en revisión aleatoria.

2.8 AUDITORIA COLPENSIONES

Una vez el dictamen sea aprobado en el sistema de integración de servicios de integración por parte del personal de la salud de prestador de servicios de medicina laboral, el sistema selecciona una muestra aleatoria del porcentaje que la entidad disponga y se asignará a los médicos revisores de Colpensiones quienes deben determinar si realizan devolución en la actividad anterior para ajustes según corresponda o procede a aprobar el dictamen cual deberá pasar a la etapa de notificación del dictamen.

2.9 NOTIFICACIÓN Y RECEPCIÓN RECURSOS

Se requiere que el sistema cuente con campos para registrar el radicado de requerimiento interno de del BPM: SOLICITUD NOTIFICACIÓN Y EJECUTORIA DICTÁMENES a la Dirección de Atención y Servicio al Ciudadano - DASC, tales como Radicado RI Padre, Radicado RI Respuesta y Fecha creación RI Padre (dd/mm/aaaa).

Posterior a este paso el trámite debe quedar cerrado en un estado que indique que la gestión se realizó en su totalidad.

2.10 COMUNICACIÓN DEL DICTAMEN A TERCEROS INTERESADOS

Una vez el dictamen se encuentre aprobado, se requiere generar el reporte donde está actualizada la información de los terceros interesados que se diligenció en el paso 1.2.1, para proceder a remitir de manera masiva las comunicaciones a las entidades interesadas en el cual se remite información del dictamen emitido para cumplir con lo ordenado en el decreto 1352 de 2013 artículo 2.

3. REVISIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ

3.1. CLASIFICACIÓN

3.1.1. Módulo FLUJO CLASIFICACIÓN

Se requiere cagar masivamente la información allegada por la dirección de Nómina de pensionados (DNP) que contenga los siguientes campos:

- TIPO_DOC
- NRO IDENTIFICACIÓN
- NOMBRE
- APELLIDO

- COD DEPARTAMENTO
- COD MUNICIPIO
- FECHA_NACIMIENTO
- GÉNERO
- Tipo: Pensionado

Se requiere que el sistema de integración de servicios valide automáticamente para cada uno de los ciudadanos reportados si es revisable por edad (8 meses antes al cumplimiento de la edad 62 años hombres, 52 mujeres) y se cambie el estado a no revisable por edad

Para la población restante, debe quedar en estado Pendiente clasificación REI

En esta actividad, se debe contar con un formato en donde mediante un rol autorizado llamado “Clasificador” ingrese la información de la clasificación por patología; a continuación, se muestra una guía respecto de los campos que se requerirían:

1. Tipo de documento - Texto
2. No. de documento - Numérico
3. Nombre - Texto
4. Género - Texto
5. Fecha Nacimiento - Fecha dd/mm/aaaa
6. Tipo Pensionado - Texto
7. Parentesco - Texto
8. Dirección - Texto
9. Departamento - Texto
10. Municipio - Texto
11. Email - Texto
12. Teléfono - Numérico
13. Celular - Numérico
14. Radicado Dictamen Inicial - Texto
15. Número de dictamen - Texto
16. Fecha de dictamen - Fecha dd/mm/aaaa
17. DX Principal CIE10 - Texto
18. Descripción - Texto
19. Calificado Por - Texto
20. Junta - Texto
21. Otros Diagnósticos Historia Clínica - Texto
22. Observaciones - Texto
23. Fecha Estructuración - Fecha dd/mm/aaaa

24. Porcentaje De Invalidez - Texto
25. Concepto (Revisable - No Revisable) - Texto
26. Fecha en la que se realiza la clasificación - Fecha dd/mm/aaaa
27. Usuario Que Registra - Texto

Posterior a la clasificación por parte del profesional de la salud, para los ciudadanos que queden en estado SI REVISABLE, se requiere una actividad posterior denominada Pendiente Val. Constancia Ejecutoria.

3.1.2 PENDIENTE VAL. CONSTANCIA EJECUTORIA:

En esta actividad el grupo administrativo REI/proveedor, debe tener la habilidad de modificar/actualizar los datos de contactabilidad y registrar de manera obligatoria la fecha de constancia de ejecutoria del último dictamen del ciudadano que se va contactar

Para lo anterior se requiere que el sistema disponga de los siguientes campos:

1. Dirección - Texto
2. Departamento - Lista desplegable
3. Municipio - Lista desplegable
4. Telefóno - Número
5. Celular - Numérico
6. Fecha constancia Ejecutoria del último dictamen emitido - Fecha

Diligenciados los datos referidos en el punto anterior, debe pasar al estado que se enuncia a continuación un estado llamado CASO CLASIFICADO: REVISABLE - DATOS ACTUALIZADOS

Se requiere que para el campo 6 (Fecha constancia Ejecutoria del último dictamen emitido) exista un botón que calcule la fecha actual menos la fecha digitada en dicho campo (en caso de que el campo venga vacío desde la información el sistema debe permitir el diligenciamiento del campo), si es mayor o igual a 3 años muestre un mensaje que indique que el ciudadano se tiene que contactar, en caso contrario muestre un mensaje que indique el tiempo que le falta para cumplir los 3 años.

Surtida la etapa anterior, el sistema debe permitir realizar el cargue masivo del envío del lote de contactabilidad de los ciudadanos que van a ser objeto de Revisión del Estado de Invalidez, a través de la acción REMITIR A CONTACTABILIDAD.

3.2. CONTACTABILIDAD

Se requiere que el sistema cuente con campos en los cuales se pueda almacenar la trazabilidad de los casos que fueron remitidos a contactabilidad y debe informarse de la actualización de esta.

El sistema debe permitir el registro y/o actualización del estado de la contactabilidad los cuales pueden ser Devuelto - Publicación Web o Entregado, con el fin de determinar el cálculo de los tres meses contados a partir de la entrega de la comunicación de la contactabilidad o desfijación de la publicación web y debe contar con un tiempo de espera de 90 días calendario para la radicación de trámite REI.

3.3. RADICACIÓN TRÁMITE REVISIÓN DE ESTADO DE INVALIDEZ - REI.

Una vez radicada la solicitud de Revisión del Estado de Invalidez, se genera un radicado asignado a la Dirección de Medicina Laboral el cual se encarga de realizar el estudio para continuar con el trámite solicitado, surtiendo las etapas:

3.3.1 VALIDACIÓN DOCUMENTAL

A través de la integración del BPM de la Entidad con la herramienta en la cual el prestador de servicios de Medicina Laboral gestiona sus actividades, un profesional de la salud realiza una validación y análisis de la historia clínica que reposa en el expediente del ciudadano/afiliado o beneficiario, en el cual puede suceder lo siguiente:

- Rechazo Trámite
- Avanzar validación documental
- Solicitud Documental

3.3.1,1 RECHAZO TRÁMITE

En la etapa de Revisión de documentos, el trámite puede ser rechazado por alguna causal parametrizable y/o definida en el sistema, y una vez seleccionada debe pasar a una etapa de revisión por parte de un médico asignado por Colpensiones.

En la etapa de revisión, el médico revisor de Colpensiones puede avalar el rechazo a lo cual se genera un documento en donde se le informa al ciudadano sobre el rechazo y cierre del trámite; en caso de no avalar el rechazo, el trámite debe regresar a la actividad anterior para nueva verificación en donde se observe lo informado por el médico revisor de Colpensiones.

3.3.1.2 AVANZAR VALIDACIÓN DOCUMENTAL:

En esta etapa se aprueba la revisión de los documentos por parte del profesional encargado de la actividad y debe pasar a la siguiente etapa para determinar el tipo de valoración.

3.3.1.3 SOLICITUD DOCUMENTAL

En caso de proceder la solicitud de documentos adicionales, el sistema debe permitir registrar el estado de guía de la entrega de la comunicación, tomando los siguientes resultados:

- Conformación entrega efectiva de la comunicación:

Para esta opción el sistema debe esperar a que el ciudadano realice la radicación de dichos documentos. Se aclara los tiempos en la actividad Espera documentos faltantes.

- Entrega no efectiva dirección de envío incorrecta:

Para esta opción el sistema debe permitir elaborar una nueva carta para realizar los ajustes a los cuales haya lugar y proceder a realizar nuevamente el envío.

- Entrega no efectiva dirección correcta de envío / publicación web:

En este estado, de presentarse alguna causal de devolución de la guía (dirección errada, destinatario desconocido, cerrado, desocupado, nadie para recibir, dirección deficiente, no reside, se trasladó, fallecido, rehusado o retenido) ; siendo la dirección correcta el sistema debe tener un campo para registrar la información de la Publicación WEB - Solicitud de documentos, donde se registra por parte del colaborador la fecha de desfijación de la publicación web, el sistema debe contar un término de 30 días calendario +1 desde la fecha registrada en el campo solicitado quedando a la espera de la radicación de los documentos faltantes.

ESPERA DOCUMENTOS FALTANTES

El sistema debe contar un término de 30 días calendario +1, contada desde la fecha registrada en el estado de guía de la comunicación de entrega.

Se debe tener en cuenta registrar solicitud de prórroga cuando sea requerido por el calificado, la cual se otorgará por el mismo término inicial de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1437 de 2011 – modificada ley 1755 de 2015 o la norma que la modifique o complemente.

Una vez vencidos los términos, el sistema debe generar una alerta de los trámites que se encuentren con el cumplimiento de término para aportar documentos y que permita el diligenciamiento de las siguientes acciones:

- Aporte documentos:

El sistema debe permitir el avance a través de esta opción para que se realice la validación documental.

- Solicitud de prórroga:

El sistema debe aumentar el tiempo de espera en 30 días calendario a la fecha de entrega de la comunicación en la cual se realizó la solicitud de documentos. Esto solo se permite una vez.

- Vencimiento de término sin aporte documental por parte del calificado.

Luego de la alerta generada por el sistema, se debe permitir realizar una revisión por parte del funcionario asignado, sobre si se puede realizar la calificación con la documentación actual con el fin de determinar el avance del trámite a la definición del tipo de calificación, o procede el rechazo lo cual generaría un documento informando al ciudadano del desistimiento tácito y posterior cierre del trámite.

3.3.2 SELECCIÓN TIPO DE VALORACIÓN

Debe crearse una etapa, que permita seleccionar entre las siguientes opciones:

- Valoración telefónica: En esta opción se informa al BPM sobre la entrevista al ciudadano y el sistema debe permitir almacenar los datos de la valoración. Surtida esta etapa, deberá continuar a la siguiente actividad de elaboración del dictamen el cual estará a cargo de un profesional de la salud.
- Valoración presencial: En esta opción se informa al BPM que debe continuar a la etapa realizar la asignación de cita.
- Valoración telemedicina: En esta opción se informa al BPM que debe continuar a la etapa realizar la asignación de cita.

3.3.3. ASIGNACIÓN DE CITA

Para la asignación de cita se contacta telefónicamente por un número de intentos definidos por la entidad a los datos de contacto del calificado para agendar la valoración presencial o telemedicina.

3.3.3.1 Si es efectivo el contacto telefónico se realiza el registro de la información de la cita respecto de la disponibilidad del profesional de la salud.

3.3.3.2 Si posterior a los intentos con los intervalos de tiempos definidos por la entidad, no es posible el contacto telefónico, el sistema debe generar una carta editable para agendamiento de cita de valoración por no contacto telefónico y debe quedar a la espera de la confirmación de la entrega de dicha carta. Cuando se registre en el sistema la confirmación de entrega exitosa de la carta se registrará la información de la cita respecto de la disponibilidad del profesional de la salud.

Cuando se registre en el sistema que la carta fue devuelta se determinará si la dirección es correcta o no, en caso de ser correcta el trámite se rechaza; en caso de ser errada se generará nuevamente la carta.

3.3.4. ASISTENCIA DE CITA

El sistema debe permitir registrar la información por parte del médico respecto del resultado de la valoración presencial cuando el ciudadano asiste a la cita programada y continuar a la etapa de elaboración del dictamen.

En caso de que el ciudadano no asista a la valoración presencial, el sistema debe permitir registrar si existe una justificación para dicha ausencia. En caso de existir justificación, el trámite debe regresar a la etapa de asignación de cita; en caso de no existir justificación el sistema debe generar una plantilla editable informando del rechazo del trámite por incumplimiento de cita y cerrarse.

3.3.5 ELABORACIÓN DEL DICTAMEN

Una vez efectuada la valoración del título II por parte del profesional de la salud competente, si lo considera necesario, podrá:

- Elaborar Dictamen
- Solicitar Exámenes
- Rechazar Caso

Cuando se realiza el rechazo del caso, este debe pasar a una etapa de revisión por parte de un médico asignado por Colpensiones con su respectiva causal de rechazo.

En la etapa de revisión, el médico revisor puede avalar el rechazo a lo cual se genera un documento en donde se le informa al ciudadano sobre el rechazo y cierre del trámite; en caso de no avalar el rechazo, el trámite debe regresar a la actividad de elaboración de dictamen anterior para nueva verificación en donde se observe lo informado por el médico revisor de Colpensiones.

En caso de proceder la solicitud de exámenes adicionales, se debe requerir a la siguiente etapa que realice la autorización a través de la causal de devolución correspondiente para que una vez se de poder realizar dicha solicitud; posteriormente el sistema debe permitir registrar el estado de guia de la entrega de la comunicación, tomando los siguientes resultados:

- Conformación entrega efectiva de la comunicación de solicitud de exámenes:

Para esta opción el sistema debe esperar a que el ciudadano realice la radicación de dichos exámenes.

- Entrega no efectiva de solicitud de exámenes dirección de envío incorrecta:

Para esta opción el sistema debe permitir elaborar una nueva carta para realizar los ajustes a los cuales haya lugar y proceder a realizar nuevamente el envío.

- Entrega no efectiva dirección correcta de envío / publicación web:

En este estado, de presentarse alguna causal de devolución de la guía (dirección errada, destinatario desconocido, cerrado, desocupado, nadie para recibir, dirección deficiente, no reside, se trasladó, fallecido, rehusado o retenido) ; siendo la dirección correcta el sistema debe tener un campo para registrar la información de la Publicación WEB - Solicitud de exámenes adicionales, donde se registra por parte del colaborador la fecha de desfijación de la publicación web, el sistema debe contar un término de 30 días calendario +1 desde la fecha registrada en el campo solicitado quedando a la espera de la radicación de los exámenes solicitados.

ESPERA DE EXÁMENES SOLICITADOS

El sistema debe contar un término de 30 días calendario +1, contada desde la fecha registrada en el estado de guía de la comunicación de entrega.

Se debe tener en cuenta registrar solicitud de prórroga cuando sea requerido por el calificado, la cual se otorgará por el mismo término inicial de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1437 de 2011 – modificada ley 1755 de 2015 o la norma que la modifique o complemente.

Una vez vencidos los términos, el sistema debe generar una alerta de los trámites que se encuentren con el cumplimiento de término para aportar dichos exámenes y que permita el diligenciamiento de las siguientes acciones:

- Aporte exámenes adicionales:

El sistema debe permitir el avance a través de esta opción para que regrese a la elaboración de dictamen.

- Solicitud de prórroga de solicitud de exámenes:

El sistema debe aumentar el tiempo de espera en 30 días calendario a la fecha de entrega de la comunicación en la cual se realizó la solicitud de documentos. Esto solo se permite una vez.

- Vencimiento de término sin aporte documental por parte del calificado.

Luego de la alerta generada por el sistema, se debe permitir realizar una revisión por parte de un profesional de la salud, sobre si se puede realizar la calificación con la documentación actual con el fin de determinar el avance del trámite a la elaboración de dictamen, o procede el rechazo, cuando se de esto último, se debe generar una plantilla para informar al ciudadano del desistimiento tácito y posterior cierre del trámite.

En caso de realizar la elaboración del dictamen el caso debe continuar a la siguiente etapa donde se realiza el control de calidad.

3.3.6. CONTROL CALIDAD

Una vez elaborado el Dictamen, el médico encargado de la actividad control de calidad, deberá constatar que la información consignada en el cuerpo del dictamen se encuentre debidamente ajustada conforme a los requisitos legales, de evidenciarse una discordancia entre la información aportada por el ciudadano y lo allí señalado, deberá devolverlo al profesional de la salud competente por una causal diferente a solicitud de exámenes o solicitud de cambio de tipo de valoración, para que el encargado de la calificación efectúe los ajustes dentro del sistema en la actividad anterior; si se devuelve por causal de solicitud de exámenes el trámite

debe regresar al elaborador del dictamen para que este pueda realizar dicha solicitud; en caso de que se devuelva con la causal para cambiar el tipo de valoración, el trámite debe regresar a la etapa de selección tipo de valoración; en caso que se encuentre ajustado y no se vaya a devolver, este se aprobará, posteriormente deberá pasar a la etapa de notificación del dictamen, esto si no es seleccionado en el sistema por filtro en revisión aleatoria.

3.3.7. REVISIÓN MÉDICO COLPENSIONES

Una vez el dictamen sea aprobado en el sistema de integración de servicios de integración por parte del personal de la salud de prestador de servicios de medicina laboral, el sistema selecciona una muestra aleatoria del porcentaje que la entidad disponga y se asignará a los médicos revisores de Colpensiones quienes deben determinar si realizan devolución en la actividad anterior para ajustes según corresponda o procede a aprobar el dictamen cual deberá pasar a la etapa de notificación del dictamen.

3.3.8. NOTIFICACIÓN DEL DICTAMEN

Se requiere que el sistema cuente con campos para registrar el radicado de requerimiento interno de la solicitud de notificación del dictamen a la Dirección de Atención y Servicio al Ciudadano - DASC, tales como radicado del Requerimiento Interno Padre, Radicado Requerimiento Interno Respuesta y Fecha creación Requerimiento Interno Padre (dd/mm/aaaa), una vez diligenciados los campos el sistema deberá cambiar de estado a uno que ayude a identificar que el trámite se encuentra a espera de la respuesta por parte de la Dirección de Atención y Servicio al Ciudadano - DASC

3.3.9. REGISTRAR FECHA EJECUTORIA DICTAMEN

Una vez la Dirección de Atención y Servicio al Ciudadano - DASC brinde respuesta al requerimiento interno de notificación del dictamen, junto con la constancia de la firmeza del dictámen, debe existir una actividad para registrar la fecha de firmeza del dictamen con los campos fecha en formato (dd/mm/aaaa) y Observación. Este deberá permitir el cambio a un estado que ayude a identificar el reporte pendiente a la dirección correspondiente, Dirección de Prestaciones Económicas- DPE o Dirección de Nómina de Pensionados-DNP.

3.3.10. REPORTE A DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS - DPE

El sistema debe contar con campos de radicado y fecha para realizar el registro de la comunicación del resultado de la Revisión del Estado de Invalidez a la Dirección de Prestaciones Económicas- DPE. Asimismo, si la citada dirección devuelve el radicado para alguna corrección el sistema deberá permitir el registro de esta actividad para el ajuste correspondiente y nuevo escalamiento.

3.3.11. REPORTE A DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS-DNP

El sistema debe contar con campos de radicado y fecha para realizar el registro de la comunicación del resultado de la Revisión del Estado de Invalidez a la Dirección de Nómina de Pensionados - DNP. Asimismo, si la citada dirección devuelve el radicado para alguna corrección el sistema deberá permitir el registro de esta actividad para el ajuste correspondiente y nuevo escalamiento.

3.3.12. Se aclara que desde la siguiente actividad, parte de la finalización de la revisión por parte del grupo de Juntas en donde analizan si la manifestación de inconformidad es procedente o no.

3.3.13. EN JUNTA REGIONAL

El ciudadano, calificado o las demás partes interesadas pueden manifestar su inconformidad del dictamen ante COLPENSIONES dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se le notificó el por canales dispuestos para ello, por lo cual el sistema debe disponer campos para registrar el radicado del recurso ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

Posterior a la actividad anterior, el sistema deberá contar con un campo que permita el registro del radicado del Requerimiento Interno de consulta de pago de honorarios.

Cuando el dictamen de la Junta regional de Calificación de Invalidez se encuentre en firme, el sistema deberá permitir registrar en campos editables los datos de la fecha y el radicado donde se halló la firmeza. Este deberá permitir el cambio a un estado que ayude a identificar el reporte pendiente a la dirección correspondiente, Dirección de Prestaciones Económicas- DPE o Dirección de Nómina de Pensionados-DNP.

Cuando se requiera registrar el recurso interpuesto en contra del dictamen proferido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, el sistema deberá permitir registrar en campos editables los datos de la fecha y el radicado donde se encuentra el recurso y deberá mostrar que se

encuentra en Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Posteriormente, el sistema deberá contar con un campo que permita el registro del radicado del Requerimiento Interno de consulta de pago de honorarios.

3.3.14 EN JUNTA NACIONAL

Una vez resuelta la inconformidad interpuesta en contra del dictamen de Colpensiones y de la Junta Regional de Calificación de Invalidez y se allegue el Dictamen de PCL por parte Junta Nacional de Calificación de Invalidez, el sistema deberá permitir registrar en campos editables los datos de la fecha y el radicado donde se encontró el mismo. Este deberá permitir el cambio a un estado que ayude a identificar el reporte pendiente a la dirección correspondiente, Dirección de Prestaciones Económicas- DPE o Dirección de Nómina de Pensionados-DNP.

Posteriormente, el sistema deberá disponer de un estado fin en el que quedará el trámite, con el cual se dará por finalizado el Resultado de la Revisión del Estado de Invalidez reportado a la Dirección de la entidad según corresponda.

3.3.15. SEGUIMIENTOS

El sistema deberá traer campos mediante los cuales se permita detallar las siguientes actividades:

Suspensión de la Prestación de Nómina de Pensionados
Reactivación de la Prestación de Nómina de Pensionados
Caso con solicitud de Entes de Control
Caso con solicitud de Grupo de Atención Prioritario - GAP
Caso con solicitud Tutela
Lista Restrictiva Gerencia Prevención del Fraude -GPF
Caso con Carta Aclaratoria

3.3.16 CREACIÓN DE CASOS MANUALES

El sistema debe permitir la creación manual de los trámites que se radiquen por un trámite diferente al de Revisión del Estado de Invalidez, es decir por Recepción Documentos Medicina Laboral, TUTELAS, Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes- PQRS.

3.3.17. REPORTES

El sistema debe permitir la generación y descargue de reportes que permita el monitoreo y seguimiento de los casos objeto de Revisión del Estado de Invalidez:

Reporte estados trámites en curso y cerrados.
Reporte Caso remisión contactabilidad.
Reporte estados del proceso de clasificación.
Reporte casos registrados Junta regional y Junta Nacional de Calificación de Invalidez
Reporte trámites pendientes de notificación.
Reporte con solicitud de notificación a la Dirección de Atención y Servicio- DASC.
Reporte información dictámenes expedidos

y los demás que se requieran conforme a las necesidades del proceso.

Además de lo descrito anteriormente, de manera asociada al objeto del subproceso, se desprenden los siguientes trámites:

4. MANIFESTACIÓN DE INCONFORMIDAD, PAGO DE HONORARIOS Y REMISIÓN DE EXPEDIENTES A JUNTAS DE CALIFICACIÓN

4.1 MANIFESTACIÓN DE INCONFORMIDAD

4.1.1. Se recibe manifestación de inconformidad en el PAC.

4.1.2. Se asignan casos al analista del proveedor y éste deberá:

4.1.3. Realiza control de términos: se debe contabilizar 10 días hábiles a partir del día siguiente a la fecha de notificación efectiva del dictamen (se requiere consultar en Bizagi). Excepción para notificación por aviso, página web, se cuenta un día adicional. (artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012)

a. Se revisa la completitud e idoneidad documental:

b. El sistema de integración de servicios debe heredar correctamente toda la información básica del trámite de pcl, de la notificación del dictamen, y los datos de la manifestación de inconformidad (se adjunta anexo con la totalidad de los datos); y en el sistema de integración de servicios se deberá marcar lo referente al caso: PROCEDE (3.), EXTEMPORÁNEO (5.), SE REQUIEREN DOCS AL CIUDADANO (5).

Para diligenciar la información en el sistema de integración de servicios deberán estar las opciones disponibles de partes interesadas las cuales son CALIFICADO, ARL, EMPLEADOR, EPS en las cuales se podrá iniciar uno o más manifestaciones según aplique de manera simultánea, pero serán trámites independientes.

c. Paralelamente en Bizagi el analista puede cerrar el caso de manifestación de inconformidad respondiendo a las preguntas 1) SI y 2) NO.

4.1.4. CASO PROCEDE

a. El analista luego de realizar la revisión de la información y decida que procede, puede avanzar el trámite hasta el revisor de acuerdo con los campos y reglas definidas en el anexo Guía Flujo manifestación de inconformidad; luego se debe generar en el sistema de integración de servicios automáticamente un documento (se adjunta plantilla) con base en la información heredada y diligenciada en donde se informa al ciudadano que la DML tramitará su petición.

b. El caso pasa a la bandeja del sistema de integración de servicios del funcionario con rol revisor (miembro de Colpensiones) quien realiza todo el análisis y aprueba o devuelve el oficio al analista (actividad anterior) si encuentra a) algún error en la información (como datos mal escritos en el oficio); b) si el caso debe rechazarse por estar fuera de términos; o, es necesario requerir documentos al ciudadano.

c. Si el Revisor devuelve el trámite al analista, éste último lo recibe en bandeja, lee observaciones del revisor, corrige y avanza nuevamente el caso a revisión por sistema de integración de servicios. Debe respetar el analista que atendió el trámite y el revisor que devolvió el mismo y ser asignados según corresponda.

d. Una vez aprobado: el sistema debe informar la aprobación y el documento para que se genera la correspondencia que corresponda, se dé inicio al proceso de comunicación y se retorne al sistema de integración de servicios el número de radicado con el cual se emitió la comunicación para que se almacene en el sistema de integración de servicios solicitado.

NOTA: para estos casos no se hace control de entrega de la carta.

4.1.5. Si está extemporáneo: CASO NO PROCEDE POR EXTEMPORÁNEO

a. El analista ingresa al sistema de integración de servicios y en el estado inicial debe poder también seleccionar ENVIAR A REVISIÓN CARTA EXTEMPORÁNEO, el documento debe ser generando de manera automática con base en la información recibida desde Bizagi. En el documento se informa al ciudadano que la DML no tramitará su petición por haberse radicado fuera del término. (se adjunta plantilla)

b. El caso se avanza al siguiente estado a cargo del revisor (miembro de Colpensiones) quien realiza todo el análisis, y aprueba o devuelve el oficio al analista (estado anterior) si encuentra a) algún error en la información (como datos mal escritos en el oficio); o b) si el caso está dentro de términos.

c. Si Revisor devuelve el documento al analista, éste último lo recibe en la bandeja, lee observaciones del revisor, corrige y avanza nuevamente el caso a revisión por sistema de integración de servicios. Debe respetar el analista que atendió el trámite y el revisor que devolvió el mismo y ser asignados según corresponda.

d. Una vez aprobado**:** se debe remitir a Bizagi la información y el documento para que se realice el envío de los mismos a través de correspondencia, y luego enviar al sistema de integración de servicios solicitado el radicado de comunicación externa con el cual se realizó él envió.

NOTA: para estos casos no se hace control de entrega de la carta.

4.1.6. Si está en términos, pero incompleta: SE REQUIEREN DOCUMENTOS AL CIUDADANO

a. El analista ingresa al sistema de integración de servicios y en el estado inicial debe poder también seleccionar: Enviar a revisión documentos faltantes, el documento debe ser generando de manera automática con base en la información recibida desde Bizagi. En el documento se informa al ciudadano que la DML dejará en suspenso su petición hasta que complete la documentación requerida. (se adjunta plantilla)

b. El caso se avanza al siguiente estado a cargo del revisor (miembro de Colpensiones) quien realiza todo el análisis correspondiente y aprueba o devuelve el oficio al analista (estado anterior) si encuentra a) algún error en la información (como datos mal escritos en el oficio); b) si el caso debe

rechazarse por estar fuera de términos; o, No es necesario requerir documentos al ciudadano.

c. Si el Revisor devuelve el documento por algún error al analista, éste último lo recibe en bandeja, lee observaciones del revisor, corrige y avanza nuevamente el caso a revisión por sistema de integración de servicios. Debe respetar el analista que atendió el trámite y el revisor que devolvió el mismo y ser asignados según corresponda.

d. **Una vez aprobado:** se debe remitir a Bizagi la información y el documento para que se realice el envío de los mismos a través de correspondencia, y luego enviar al sistema de integración de servicios solicitado el radicado de comunicación externa con el cual se realizó él.

NOTA**:** para estos casos si se hace control de entrega de la carta, el analista hace seguimiento a la entrega del oficio.

e. Si no se entrega el oficio, se debe revisar datos de correspondencia en Bizagi y volver a enviar el documento aprobado previamente en formato PDF por medio de correspondencia externa de Bizagi y actualizar en el sistema de integración de servicios un campo llamado Nro radicado entrega comunicación. Y el caso queda en etapa a espera de documentos.

f. El sistema de integración de servicios solicitado contabilizará los términos y mandará una alerta al correo electrónico del analista para saber cuándo se vence el término para aportar los documentos requeridos por Colpensiones.

g. Si el ciudadano aportó prórroga, se actualiza en el sistema de integración de servicios para que se realice la actualización de los términos que tiene el ciudadano para entregar los documentos solicitados.

4.1.7. Desistimiento tácito: Una vez se genere la alerta al vencerse el término y que el ciudadano no haya aportado los documentos solicitados, el analista debe revisar si en efecto el ciudadano aportó el documento requerido o no.

a. Si transcurre el término y el analista marca que el ciudadano no aportó los documentos, se actualiza en el sistema de integración de servicios y se envía a revisión Carta desistimiento tácito. Documento que genera el sistema de integración de servicios de manera automática con base en la información entregada por Bizagi al inicio del trámite y de toda la información diligenciada

en las etapas anteriores (se anexa plantilla). En el documento se informa la declaratoria de desistimiento tácito de la petición al no recibir documentación requerida por Colpensiones para continuar el trámite.

b. El caso se avanza al siguiente estado a cargo del revisor (miembro de Colpensiones) quien realiza todo el análisis correspondiente y aprueba o devuelve el oficio al analista (estado anterior) si encuentra a) algún error en la información (como datos mal escritos en el oficio); b) ciudadano si aportó documentos (5.) o, c) el término de 30 días o prórroga no ha vencido.

c. Si Revisor devuelve el documento por algún error al analista, éste último lo recibe en bandeja, lee observaciones del revisor, corrige y avanza nuevamente el caso a revisión por sistema de integración de servicios. Debe respetar el analista que atendió el trámite y el revisor que devolvió el mismo y ser asignados según corresponda.

d. Una vez aprobado: se debe remitir a Bizagi la información y el documento para que se realice el envío de los mismos a través de correspondencia, y luego enviar al sistema de integración de servicios solicitado el radicado de comunicación externa con el cual se realizó él.

4.1.8. Puede ocurrir que el ciudadano solicite el desistimiento de la manifestación en cualquier tiempo, para este caso, en cualquier momento se debe poder avanzar el trámite en el sistema de integración de servicios para que cierre el mismo registrando desistimiento expreso, y si se selecciona este campo, en el recuadro de descripción se escribe el radicado Bizagi del desistimiento expreso (campo diligenciado de manera manual) y el trámite se cierra sin enviar a revisión ningún tipo de oficio.

4.1.9. Para los casos de manifestación interpuesta únicamente por Calificado en los cuales la Dirección de Atención y Servicio (DAS) no ha cargado en Bizagi el soporte efectivo de la notificación o si se evidencia que la notificación que cargaron en Bizagi es posterior a la fecha de radicación de la manifestación de inconformidad el analista del proveedor apertura RI (requerimiento interno) de la siguiente manera:

a. Por medio de Bizagi: solicitud de requerimiento interno, iniciar proceso, selecciona GERENCIA NACIONAL DE SERVICIO AL CIUDADANO, agregar, tipología, ACLARACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE PCL, en el recuadro de solicitud pide que carguen el soporte efectivo de notificación o que alleguen conducta concluyente (si la notificación es posterior a la

manifestación) guardar, en radicado asociado pone el RAD Bizagi de la MI, da clic en guardar, y siguiente.

NOTA: No se debe cerrar el radicado de manifestación de inconformidad de Bizagi hasta tener el soporte de notificación efectiva.

b. Luego de lo anterior analista alimenta el sistema de integración de servicios solicitado ingresando por parte interesada que interpone la MI (CALIFICADO, ARL, EMPLEADOR, EPS) ACCIONES, reportar seguimiento y en el recuadro de descripción se escribe que se apertura Requerimiento Interno a la DAS para que aporte soporte de notificación y/o conducta concluyente, según sea el caso y se hace seguimiento periódicamente para ver si la DAS cargó el soporte y se pueda avanzar la Manifestación.

c. Una vez la DAS suba en Bizagi el soporte de notificación se debe realizar el trámite de manifestaciones desde el punto 2. de este documento.

ROLES PARA MANIFESTACIÓN DE INCONFORMIDAD:

ANALISTA MANIFESTACIONES DE INCONFORMIDAD: Sustanciador – Funcionario de Proveedor

REVISOR MANIFESTACIONES DE INCONFORMIDAD: Revisor – Funcionario de Colpensiones
GESTOR: Funcionario de Colpensiones

4.2 CREACIÓN DE CARPETAS

El sistema de integración de servicios debe permitir la carga de la siguiente documentación del sistema de integración de servicios bizagi y esta debe estar dispuesta de forma cronológica:

- Formulario de pérdida de capacidad laboral con la marca de manifestación de inconformidad contra el dictamen proferido por Colpensiones en los casos que haya.
- Copia del documento de identidad del Afiliado o Beneficiario.
- Historia clínica completa.
- Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Colpensiones en primera oportunidad.
- Notificación del afiliado o Beneficiario del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral.

- Notificación a los Interesados de la Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) del afiliado o beneficiario, si hubiese lugar. (Empleador, ARL, EPS), en los casos que aplique.
- La Manifestación de Inconformidad y sus respectivos anexos (ver numeral 3.1)

Acto seguido, el sistema de integración de servicios debe permitir adicionar, modificar, eliminar o renombrar la información requerida para el envío del expediente.

Posteriormente el expediente debe ser avanzado a la bandeja de un revisor con el fin de que verifique la completitud de la documentación y orden del mismo.

4.3. PAGO DE HONORARIOS

Con los casos cuyo expediente haya sido efectivamente aprobado por el revisor se el sistema de integración de servicios debe agrupar los casos por Junta de Calificación y permitirlos descargar en una plantilla preestablecida para la solicitud de factura, esta será avanzada al revisor para que verifique los casos, si se requiere puede modificar los casos de la factura.

Una vez aprobada la solicitud de factura se avanza a la etapa de envío por correo electrónico certificado a la respectiva Junta de Calificación.

Recibida la factura por parte de la Junta de Calificación, el analista del caso debe revisar la factura para que concuerde con los casos solicitados y posteriormente procede a cargar el documento en el sistema de integración de servicios con el fin de avanzar el caso a la etapa de generación de oficio de pago.
Hecho el documento se pasa a un revisor del proceso con el fin de que valide los siguientes datos:

- El tipo de pago: Honorarios
- La Junta a la cual se realiza el pago.
- El número de cédula y los datos del ciudadano.
- Si el ciudadano a calificar es Beneficiario o no.
- Solo de existir un pago previo a la junta por el mismo ciudadano, dejará la observación con el número de OFICIO DE PAGO por la que se ordenó el pago y la junta a la que se pagó.
- Motivo de Calificación PCL, ORIGEN, FECHA DE ESTRUCTURACIÓN.
- Calificador Inicial, que tratándose de PCL siempre será COLPENSIONES.
- En el caso de que exista una inconsistencia en el número de cédula, el nombre y demás datos de ciudadano, se dejará la nota correspondiente.

De evidenciarse imprecisiones marcará en el sistema de integración de servicios revisión insatisfactoria con lo que se devolverá el caso al Profesional que generó la OFICIO DE PAGO, para que realice las adecuaciones necesarias, hechas las correcciones, el sistema de integración de servicios Bizagi direcciona el caso nuevamente al responsable de la revisión.

El Profesional con rol de revisión de Colpensiones, verificará la siguiente información diligenciada por el Analista del proveedor de servicios en el borrador del oficio de pago y de estar ajustada, avanzará el caso a la siguiente actividad

- El tipo de pago: Honorarios
- La Junta a la cual se realiza el pago.
- El número de cédula y los datos del ciudadano.
- Motivo de Calificación PCL, ORIGEN, FECHA DE ESTRUCTURACIÓN.
- Número y fecha del dictamen emitido en primera oportunidad
- Valor por pagar por cada caso

En caso de encontrar inconsistencias devolverá el caso al analista del proveedor de servicios para que realice las correcciones respectivas.

Una vez aprobado el oficio de pago se avanza el documento para la aprobación de la Ordenadora del Gasto.

ROLES PARA PAGO DE HONORARIOS:

ANALISTA PAGO DE HONORARIOS: Sustanciador – Funcionario de Proveedor
REVISOR PAGO DE HONORARIOS: Revisor – Funcionario de Colpensiones
GESTOR: Funcionario de Colpensiones

4.4. REMISIÓN DE EXPEDIENTES A JUNTAS DE CALIFICACIÓN

El sistema de integración de servicios actualizará el expediente agregando el oficio de pago aprobado por el equipo de Juntas y se determinará según la Junta de Calificación, el envío del expediente de dos maneras:

4.4.1. GESTIÓN DOCUMENTAL

El sistema de integración de servicios deberá conectarse con Bizagi para que una vez aprobado el expediente con el oficio de pago se proceda hacer la remisión de la documentación a través de Comunicación Externa para aquellas Juntas que requieran la documentación física.

4.4.2. ENVÍO DEL EXPEDIENTE

Todo el expediente se envía a través de una herramienta de transferencia electrónica segura de información.

4.4.3. REMISIÓN DE OFICIO DE EXPEDIENTES A LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

Una vez se remite el expediente el sistema de integración de servicios deberá generar un correo automático dirigido a la persona Calificada, a la Junta de Calificación y en caso de que sea el solicitante a la ARL y la EPS con el fin de informar el pago de honorarios y envío de expediente a la Junta de Calificación.

ROLES PARA ENVÍO DE EXPEDIENTES:

ANALISTA CREACIÓN DE CARPETA: Sustanciador – Funcionario de Proveedor
REVISOR CREACIÓN DE CARPETA: Revisor – Funcionario de Colpensiones
GESTOR: Funcionario de Colpensiones

4.5. GASTOS DE TRASLADO

4.5.1. TRÁMITE PAGO DE TRASLADOS (TIQUETES)

El sistema de integración de servicios tendrá interacción entre Colpensiones y el proveedor de Tiquetes con el fin de contar en el sistema con las cotizaciones realizadas por la agencia de viajes para traslados, estadía y reembolsos según corresponda.

En caso de que el caso no cumpla con la documentación requerida se deberá generar por el sistema de integración de servicios una comunicación oficial al ciudadano informando las razones del rechazo, la cual será revisada por el equipo de Juntas y remitida a través del mismo sistema de integración de servicios a través de comunicación externa.

4.5.2. CONCEPTO TÉCNICO.

En caso de ser aprobado deberá avanzar a la siguiente etapa con un profesional de la Salud con el fin de realizar la validación en caso de requerir acompañante para el desplazamiento.

4.5.3. SOLICITUD DE LA RESERVA.

Una vez el analista cuente con el concepto del profesional de la salud, se remite a través del sistema de integración de servicios la solicitud de la reserva del tiquete. Una vez que, el

contratista hace la cotización solicitada, cargará en al sistema de integración de servicios el soporte de la reserva con el fin de que el caso sea trasladado a través del liquidador al área de Call Center de COLPENSIONES.

4.5.4. CONFIRMACIÓN RESERVA.

El Call center, se contactará con el ciudadano para comunicarle la reserva y devolverá por el sistema de integración de servicios el caso a la Dirección de Medicina Laboral informando el resultado de la actividad, la cual puede ser en tres sentidos:

- El ciudadano no acepta la solicitud.
- No se contacta al ciudadano.
- El ciudadano acepta la reserva.

4.5.5. CIERRE DEL CASO.

Cuando no se logre obtener contacto con el ciudadano o el mismo, no acepte la reserva, el sistema de integración de servicios deberá generar la opción de enviar comunicación oficial dirigido al ciudadano el cierre de la solicitud, esta será revisada por el Profesional con rol de revisor del grupo de juntas de la Dirección y remitida a través de comunicación externa.

El ciudadano deberá acercarse a uno de los Puntos de Atención del Ciudadano de COLPENSIONES, donde le entregarán el billete electrónico y el voucher del hotel cuando sea procedente para lo cual el agente de Servicio dará marcación de la entrega efectiva de la documentación con el fin de proceder con el efectivo cierre del caso.

ROLES PARA GASTOS DE TRASLADO:

ANALISTA GASTOS DE TRASLADO: Sustanciador – Funcionario de Proveedor

REVISOR GASTOS DE TRASLADO: Revisor – Funcionario de Colpensiones

GESTOR: Funcionario de Colpensiones

4.6 RECOBRO DE HONORARIOS

El sistema de integración de servicios contendrá la documentación presentada por las diferentes ARL el cual se entregará en sustanciación a un analista quien procederá a revisar y determinará si se aprueba o se glosa la solicitud de recobro:

1. De no ser satisfactoria la validación a través del sistema de integración de servicios se enviará comunicación a través de comunicación externa a la Administradora de Riesgos Laborales-ARL, indicando los casos glosados y los motivos de glosa.

2. De observarse que hay lugar al recobro por parte de la Administradora de Riesgos Laborales-ARL a esta Administradora se remitirá por el sistema de integración de servicios comunicación externa a la ARL que los casos serán pagados por COLPENSIONES para que remitan la cuenta de cobro y/o factura que corresponda.

REVISIÓN DE LA CUENTA DE COBRO Y/O FACTURA.

Allegada la cuenta de cobro por la Administradora de Riesgos Laborales-ARL, el Profesional de Colpensiones a cargo de la actividad, verifica que está corresponda a los casos avalados en la actividad y se procederá a generar el oficio de pago a través del sistema de integración de servicios con el grupo total de casos que fueron avalados previamente y que fueron objeto de facturación.

1. REMISIÓN DEL OFICIO PARA PAGO.

A través del sistema de integración de servicios, y una vez se cuente con el oficio aprobado se deberá generar comunicación externa para la ARL solicitante informando del pago reconocido.

5. TRÁMITES TRANSVERSALES ASOCIADOS A LOS SUBPROCESOS.

5.1 RECEPCIÓN DE DICTÁMENES

El trámite inicia con la recepción del caso por el flujo de Bizagi Recepción de Dictámenes, el cual es asignado al analista del proveedor de servicios responsable de la actividad, quien procederá a clasificar el dictamen conforme a las siguientes categorías.

- Dictámenes de Calificación de Origen: Emitidos por las EPS y ARL
- Dictámenes de Calificación de Origen: Emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez
- Dictámenes de Calificación de Origen: Emitidos por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez
- Dictámenes de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL): Emitidos por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez
- Dictámenes de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL): Emitidos por las EPS y ARL

- Dictámenes de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL): Emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez

Asimismo, debe verificar en el sistema de integración de servicios Consulta Afiliados si el ciudadano calificado hace parte del Convenio España, situación en la cual remitirá copia del dictamen a la Dirección de Prestaciones Económicas a cargo del convenio.

Frente a los cuatro primeros puntos en la división de los dictámenes serán subclasificados por el funcionario a cargo de la actividad como de carácter Informativo en el sistema de integración de servicios Bizagi, confirmará la información del ciudadano y avanzará el caso, quedando cerrado el mismo. Aunado a lo anterior registrara estos dictámenes en la Macro de Juntas.

Respecto de estos dos últimos puntos Dictámenes de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL): Emitidos por las EPS y ARL y Dictámenes de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL): emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, el analista a cargo de la actividad deberá subclasificarlos según su contenido, así:

- Como **informativo:** cuando su ORIGEN no sea COMÚN y el porcentaje de PCL sea igual o inferior al 49.9%.
- Como **informativo:** cuando el dictamen cumpla con el porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral igual o superior al 50% y sea de ORIGEN COMÚN, pero en estos casos se deberá realizar la siguiente actividad:

CREACIÓN DE REQUERIMIENTO INTERNO PARA CONOCER EL CONCEPTO MÉDICO

El Analista del proveedor de servicios a cargo de la actividad, creará un Requerimiento Interno, adjuntando el dictamen, el cual será asignado por Bizagi a uno de los profesionales de la salud del proveedor de servicios, quien se encargará de analizar en un término no superior a tres (3) días hábiles los fundamentos que dieron lugar a la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral, esto con el fin de determinar si procede recurso de apelación contra el dictamen.

RESPUESTA AL REQUERIMIENTO

La respuesta señalada por el profesional de la salud deberá contener las razones para controvertir o aceptar el dictamen. Asimismo, el profesional de la salud avanzará el caso en Bizagi y se devolverá al analista del proveedor de servicios que generó el requerimiento para que adelante las gestiones a las que haya lugar.

CREACIÓN DE RECURSO CONTRA EL DICTAMEN.

El analista responsable de la actividad procederá con el cierre del caso siempre que encuentre concepto del profesional de la salud y en el cual se observa que el dictamen emitido por la EPS, ARL o Junta Regional, se encuentra acorde al resultado esperado para el estado de salud del ciudadano.

En el evento de tener fundamentos médicos para la interposición de la controversia o recurso, el proveedor de servicios deberá proyectar un oficio, por el cual se sustentarán los argumentos médicos y jurídicos para el caso específico.

1. REVISIÓN DEL RECURSO.

El revisor del proveedor de servicios verificará el oficio del recurso contra el dictamen y avalarán su contenido.

2. APROBACIÓN DEL RECURSO.

Una vez aprobado el oficio del recurso o la inconformidad, el proveedor de servicios continuará con la remisión de este a través de correo electrónico.

3. REMISIÓN DEL RECURSO A LA JUNTA.

El encargado del proveedor de servicios procederá a remitir el recurso y la manifestación de inconformidad, según sea el caso, mediante los correos electrónicos autorizados, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, las EPS o las ARL que emitieron los Dictámenes controvertidos a fin de que estos, den trámite al recurso de apelación interpuesto (en el caso de las juntas) o la manifestación de inconformidad (en el caso de las EPS y/o ARL).

Posteriormente, el proveedor de servicios deberá cargar a Bizagi, el recurso o manifestación de inconformidad junto con la constancia de envío de esté mediante correo electrónico.

Una vez la junta regional admita el recurso, se dará lugar a las actividades descritas en la actividad TRÁMITE ANTE LA JNCI DE LOS RECURSOS DE APELACIÓN PRESENTADOS CONTRA LOS DICTÁMENES EMITIDOS POR LAS JRCI.

En el caso de las inconformidades frente a los dictámenes de EPS y ARL, el analista del grupo de juntas que lo elaboró procederá a remitir mediante *Comunicación Externa.* Una vez la junta regional admita el recurso, se dará lugar a las actividades descritas en la actividad SOLICITUD DE FACTURA A LA JUNTA REGIONAL y siguientes.

Determinación de deuda

Aplica para el subproceso de Determinación de Pérdida de Capacidad Laboral/Ocupacional cuando en los trámites de calificación de pérdida de la capacidad laboral realizados a los afiliados, producto de los cuales fueron reconocidos honorarios, exámenes complementarios, gastos de traslado, para los casos en los que se haya culminado con la expedición de un Dictamen debidamente ejecutoriado, en donde se determinó que las patologías correspondían a un origen laboral y no común, y a su vez, también aplica para el Subproceso de Determinación del Subsidio de Incapacidades Temporales en aquellos casos en los cuales se efectuó el pago de incapacidades temporales improcedentes, o que un fallo de tutela haya ordenado y en segunda instancia dicha orden se haya revocado o modificado.

Identificación de casos

En el flujo normal de cada subproceso, asociado a los trámites de medicina laboral, una vez los grupos internos de trabajo identifican un caso donde haya lugar a determinar deuda, la persona encargada del grupo deberá generar por medio del sistema de integración de servicios Bizagi un Requerimiento Interno denominado Identificación de casos Determinación de Deuda – ML en el que indicará que se ha presentado un cambio del origen, un fallo de tutela que modifica o revoca la orden de pago, o un pago de lo no debido, relacionando los radicados en los que reposan las evidencias, el cual es asignado a un profesional de determinación de deuda quien debe validar la procedencia o no de la solicitud.

Validación de la solicitud de Determinación de deuda

Asignado el requerimiento interno al validador, este se encarga de verificar la totalidad del expediente en Bizagi, incluyendo las bases de datos de consulta dispuestas por la Dirección de Medicina Laboral, en la que reposa la trazabilidad de los pagos efectuados por concepto de Incapacidades, honorarios, exámenes complementarios y gastos de traslado en el sub trámite de Juntas; asimismo compila los documentos soportes que dan lugar a la Determinación de Deuda.

Una vez verificada la información, en caso de no ser procedente la solicitud, corresponde al validador dar respuesta al requerimiento interno a través del sistema de integración de servicios Bizagi argumentando el motivo de improcedencia, en caso de encontrarse en conformidad se debe dar continuidad a la proyección del acto administrativo.

Proyección de acto administrativo

El profesional encargado de sustanciar el caso debe proyectar el documento en el cual se detallan los conceptos que dieron lugar a la determinación de la deuda, señalando los antecedentes y los motivos de hecho y de derecho, con los que se basa esta Administradora Colombiana de Pensiones-Colpensiones para efectuar el cobro de las sumas de dinero que por distintas situaciones fueron canceladas al afiliado y a las Juntas de Calificación, el acto administrativo deberá contener:

- Identificación del Afiliado.
- Identificación del deudor.
- El concepto del pago efectuado.
- Relación de la resolución u oficio mediante el cual se realizó el pago de los valores a cobrar.
- Cuenta bancaria en la cual se realizó el desembolso.
- Normatividad aplicable.

Revisión del acto administrativo

El profesional designado para la revisión del acto administrativo procede a verificar la totalidad del expediente en Bizagi, incluyendo las bases de datos de consulta dispuestas por la Dirección de Medicina Laboral, en la que reposa la trazabilidad de los pagos efectuados por concepto de incapacidades, honorarios, exámenes complementarios y gastos de traslado, con base en lo descrito en la resolución elaborada por el analista del caso, a fin de constatar que los argumentos que dieron lugar a la determinación de la deuda se encuentren conforme a derecho.

En caso de evidenciar situaciones que no se encuentran ajustadas al caso, procede a solicitar al analista las correcciones a las que haya lugar, de lo contrario da visto bueno para la firma del funcionario competente.

Elaboración de requerimiento interno de notificación del acto administrativo

Una vez firmado el Acto Administrativo por el funcionario competente de la Dirección de Medicina Laboral, el profesional encargado del caso procede a crear el Requerimiento Interno – RI denominado Notificación prioritaria PAC resolución medicina laboral , adjuntando el documento a notificar, con el cual la Dirección de Atención y Servicio, se comunica con la persona natural o jurídica a quien le fue determinada la deuda, para que se acerque a un Punto de Atención de Colpensiones con el fin de notificarle respecto del Acto Administrativo.

Verificación requerimiento interno Notificación prioritaria PAC Medicina Laboral

Corresponde al encargado de crear el requerimiento señalado en el punto anterior, hacer el seguimiento a éste con el propósito de verificar si el Acto Administrativo se encuentra debidamente notificado o si por el contrario, no fue posible establecer un contacto con el deudor.

En caso de surtirse la notificación, se procederá con el traslado a la Dirección de Cartera.

Elaboración de requerimiento interno "cobro coactivo medicina laboral"

Verificado que se haya efectuado la notificación del Acto Administrativo y que se encuentre ejecutoriado, se procede a generar por parte del profesional encargado del caso de determinación de deuda, el Requerimiento Interno-RI denominado "Cobro Coactivo Medicina Laboral" el cual va dirigido a la Dirección de Cartera con los documentos soportes que se señalan a continuación:

- Dictámenes emitidos Entidad Promotora de Salud-EPS, Colpensiones y/o Juntas de Calificación y su respectiva ejecutoria.
- Resolución u oficio de pago de honorarios y/o exámenes.
- Factura de los tiquetes suministrados y, si es posible, billete electrónico. (Cuando aplique)
- Fallo judicial cuando aplique.
- Acto Administrativo de Determinación de Deuda y su ejecutoria.

Verificación requerimiento interno "cobro coactivo medicina laboral"

Corresponde al encargado de crear el requerimiento señalado en el punto anterior, hacer el seguimiento al mismo con el propósito de verificar si la Dirección de Cartera acepta el caso o si por el contrario, fue devuelto por falta de completitud documental, para que sea subsanado por el profesional de la Dirección de Medicina Laboral.

En caso de ser aceptado el requerimiento por parte de la Dirección de Cartera, este debe ser cerrado con base en lo indicado por el colaborador de la Dirección de Medicina Laboral.

Conciliación

El profesional designado por la Dirección de Medicina Laboral diligencia una base de datos con la información de los casos previamente aceptados en el requerimiento descrito en el numeral anterior, con el fin de ser remitidos a la Dirección de Cartera vía correo electrónico para la

respectiva conciliación de los valores reportados en el Acto Administrativo de determinación de deuda.

Contabilización

Una vez efectuada vía correo electrónico la conciliación de la información con la Dirección de Cartera, el profesional encargado de la Dirección de Medicina Laboral diligencia dos plantillas en las cuales se registran la información de los deudores y de las cuentas por cobrar de los casos de situación del negocio, esto con el propósito de redireccionar al fondo que corresponda los valores entregados por el deudor a esta Administradora, las anteriores plantillas se deben remitir por correo electrónico a la Dirección de Financiera.

Eventos de Riesgo

El profesional encargado de la Dirección de Medicina Laboral diligencia la plantilla de registro de eventos de riesgos, en la cual se registra los eventos de riesgo operativo previamente conciliados con la Dirección de Cartera, la anterior plantilla debe ser remitida vía correo electrónico a la Gerencia de Riesgos y Seguridad de la Información.

Cuando el profesional encargado de la Gerencia de Riesgos y Seguridad de la Información apruebe la planilla, se deberá remitir vía correo electrónico el memorando con los nuevos eventos de riesgo, con el fin que ellos realicen el registro contable de los casos de eventos de riesgo.

Tutelas

Para la atención y respuesta de una tutela se realizan las siguientes etapas, que se surten dentro del sistema de integración de servicios de la Dirección de Medicina Laboral:

Asignación de Tutelas para trabajar

El proceso de Tutelas de la Dirección de Medicina Laboral es responsable de atender todos los casos que sean asignados por parte de la DAC (Dirección de Acciones Constitucionales) en cada una de las etapas de una tutela (Avoco, Fallo, Desacato y Sanción.).

La asignación de los casos se realiza mediante la apertura de un concepto de área que realiza la DAC, el cual está directamente asociado a un radicado de Defensa Judicial y todos los casos para trabajar se encuentra relacionados en una base de datos denominada Tablero de la DAC, la cual tiene dos cortes uno en la mañana y otro en la tarde.

Una vez se recibe la notificación de los casos asignados por parte de la DAC mediante correo electrónico, se hace el reparto internamente con las macros, por medio del sistema de integración de servicios de la dirección, se asignan las cédulas para trabajar, con sus respectivos Conceptos de Área abiertos y radicados de Defensa.

En Bizagi se asignan los Conceptos de área a los usuarios del proveedor y se envía la respectiva relación de los casos asignados.

Sustanciación de las Tutelas

Luego de haberse realizado la asignación de los casos para trabajar, el profesional del proveedor le debe dar prioridad a los casos vencidos. En esta validación se pueden presentar dos escenarios:

El caso no requiere insumo de ninguna área ya que cuenta con todos los elementos jurídicos para emitir respuesta de fondo.

En este caso el analista del proveedor proyectará respuesta y la enviará a un Revisor de la misma entidad, todo este trámite se surtirá por sistema de integración de servicios de la Dirección.

El caso requiere de un insumo de (IT. PCL. JUNTAS, REI), para poder dar cumplimiento a la orden judicial.

En este caso el analista del proveedor realizará un Requerimiento mediante correo electrónico, al área respectiva con toda la información del caso y solicitando específicamente la actividad que requiere para el caso.

Una vez el analista del contratista cuente con el insumo requerido por parte del área respectiva, procederá a proyectar respuesta y a enviarla a un Revisor del proveedor, todo este trámite se surtirá por el sistema de integración de servicios de la dirección.

Revisión de las Tutelas

El Revisor del contratista mediante sistema de integración de servicios de medicina laboral podrá identificar los casos que tiene asignados y luego de validar la respuesta de una tutela, se pueden presentar los siguientes escenarios:

- Si la respuesta está bien y no presenta errores de forma ni de fondo, avalará el caso y pasará para aval de firma por parte de Colpensiones.

- Si la respuesta presenta errores, el Revisor del proveedor devolverá el caso al Analista de la misma entidad para que subsane las inconsistencias presentadas o requiera insumos adicionales si el caso lo requiere, una vez se surta este trámite se vuelve a enviar el caso para revisión. Si en este segundo envío la respuesta está bien y no presenta errores de forma ni de fondo, avalará el caso y pasará para aval de firma por parte de Colpensiones.

Aval de Firma de la Directora de la DML

Es oportuno indicar que todos los oficios que proyecte el proveedor siempre deben contar con el aval de la firma por parte de la Directora de la DML, a ello obedece que en el sistema de integración de servicios de la dirección todos los oficios que ya han sido previamente revisados por el personal del proveedor, pasan al control y aval de firma por parte de Colpensiones.

Luego de que se avala y estampa firma automáticamente por el sistema de integración de servicios el caso le llega nuevamente al analista del contratista para que envíe la comunicación ya sea por correspondencia externa por Bizagi o por correo electrónico.

Auditoria de las Tutelas

Actualmente Tutelas realiza una auditoría correctiva y no preventiva, a ello obedece que la auditoría se realice después de que la comunicación ha sido enviada al afiliado (a), la Auditoría es realizada por Colpensiones y contractualmente se determinó que podía ser mínimo el 10%, quiere decir que en ocasiones se puede auditar más del 10%, ese porcentaje se puede ajustar directamente por el sistema de integración de servicios de sistema de integración de servicios.

La auditoría es aleatoria conforme al porcentaje asignado y en el evento de que en auditoría se evidencie un hallazgo ya sea de forma o de fondo el mismo es reportado al Revisor, existen casos que requieren que se re procese el caso y otros solo de carácter informativo que no afectan el sentido de la respuesta, son más de forma y se notifica igualmente al Revisor de para que no se vuelva a presentar dicha inconsistencia, todo lo anterior se surte por sistema de integración de servicios.

Si en efecto es un caso para reprocesar se subsanará todo lo evidenciado en Auditoría, se vuelve a enviar a revisión y el Auditor determinará si el caso ya se puede liberar o si por el contrario persisten los errores.

Finalmente es pertinente indicar que en el desarrollo de todo este proceso de sustanciación, Revisión, firma y Auditoría; El sistema de integración de servicios de la DML se diseñó para que contenga campos donde se indique si el caso se avala para pago, si el caso requirió de respuesta física o solo cierre del CA.

RECEPCIÓN DOCUMENTOS MEDICINA LABORAL – RDML

Recepción de documentos medicina laboral – RDML, es el flujo a través del cual ingresa la mayoría de documentación a la Dirección de Medicina Laboral, para su clasificación, ya que es por este medio que los subprocesos, PCL, REI, IT, Juntas, inclusive Tutelas, tendrán el insumo para dar continuidad a cada uno de sus trámites.

Para la atención de los casos RDML, la Dirección de Medicina Laboral, estableció que el contratista, es el operador que da atención y respuesta a los mismos, siendo asignados a través de Bizagi a los analistas, por lo que teniendo en cuenta la clasificación de cada uno de los casos se realizan las diferentes actividades para su atención.

Dentro de la clasificación de los casos Recepción de documentos medicina laboral – RDML, encontramos:

CONCEPTOS DE REHABILITACIÓN

7.1.1 CONCEPTO DE REHABILITACIÓN FAVORABLE

Cuando la recepción documental es un concepto de rehabilitación con pronóstico de recuperación FAVORABLE, debemos validar historia laboral y el histórico de BZG, de esta consulta se determina qué acción debemos tomar:

7.1.1.1 AFILIADO ACTIVO EN HISTORIA LABORAL SIN TRÁMITE DE IT PENDIENTE: Se envía comunicación externa desde el radicado de RDML, al afiliado informándole el trámite y documentación a presentar dentro de la solicitud de determinación de subsidio por incapacidad

7.1.1.1.1 AFILIADO ACTIVO CON TRAMITE DE DETERMINACIÓN DE SUBSIDIO EN CURSO: Se cierra el radicado de RDML en BZG y se reporta en el sistema de integración de servicios de la DML como informativo, indicando que obra trámite pendiente en la entidad.

7.1.1.2 AFILIADO INACTIVO: Se envía comunicación externa desde el radicado de RDML, a la Entidad Promotora de Salud EPS, informando de la

imposibilidad que existe para realizar el reconocimiento de incapacidades por falta de cotizaciones al sistema general de pensiones. Por Bizagi

7.1.1.3 NO AFILIADO O TRASLADADO: Se envía comunicación externa desde el radicado de RDML, a la Entidad Promotora de Salud EPS, informando que el usuario relacionado en el CRE, no es afiliado o está trasladado según sea el caso.

7.1.1.4 AFILIADO FALLECIDO: Se envía comunicación externa a la Entidad Promotora de Salud EPS, informando que el usuario falleció.

7.1.1.5 AFILIADO PENSIONADO O CON RECONOCIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE VEJEZ O INVALIDEZ: Se envía comunicación externa desde el radicado de RDML, a la Entidad Promotora de Salud EPS, informando la imposibilidad para reconocer subsidio por incapacidad por estar el afiliado por fuera del sistema general de pensiones por prestación económica reconocida.

7.1.2 CONCEPTO DE REHABILITACIÓN DESFAVORABLE

Cuando la recepción documental es un concepto de rehabilitación con pronóstico de recuperación DESFAVORABLE, debemos validar historia laboral, sistema de integración de servicios de la DML y el histórico de BZG, de esta consulta se determina qué acción debemos tomar:

7.1.2.1 AFILIADO ACTIVO O INACTIVO EN HISTORIA LABORAL SIN TRÁMITE DE PCL PENDIENTE: Se envía comunicación externa desde el radicado de RDML, al afiliado informándole el trámite y documentación a presentar dentro de la solicitud de determinación de pérdida de capacidad laboral.

7.1.2.2 AFILIADO ACTIVO O INACTIVO EN HISTORIA LABORAL CON TRÁMITE DE PCL PENDIENTE: Se cierra el radicado de RDML en BZG y se reporta en el sistema de integración de servicios de la DML como informativo, indicando que obra trámite pendiente en la entidad.

7.1.2.3 NO AFILIADO O TRASLADADO: Se envía comunicación externa desde el radicado de RDML, a la Entidad Promotora de Salud EPS, informando que el usuario relacionado en el CRE, no es afiliado o está trasladado según sea el caso.

7.1.2.4 AFILIADO FALLECIDO: Se envía comunicación externa desde el radicado de RDML, a la Entidad Promotora de Salud EPS, informando que el usuario falleció.

7.1.2.5 AFILIADO PENSIONADO O CON RECONOCIMEINTO DE INDEMNIZACION SUSTITUTIVA DE VEJEZ O INVALIDEZ: Se envía comunicación externa desde el radicado de RDML, a la Entidad Promotora de Salud EPS, informando la imposibilidad para reconocer subsidio por incapacidad por estar el afiliado por fuera del sistema general de pensiones por prestación económica reconocida.

7. 2. APORTA DOCUMENTOS Y EXÁMENES ADICIONALES A PCL Y REI

7.2.1 CASO CON FLUJO INTEGRADO sistema de integración de servicios DE LA DML CON BZG

Desde el radicado RDML en BZG avanzamos el radicado de PCL en el sistema de integración de servicios de la DML, quedando en estado validación documental, siempre y cuando en nuestro sistema de integración de servicios el caso de PCL se encuentre en espera documentos faltantes, en este caso el radicado RDML se cerrará automáticamente. Si el caso se encuentra en alguna otra actividad, el caso se reportará a través del medio que disponga el operador, para que ya sea el grupo PCL o el grupo REI -según corresponda- lo avance; cuando esto suceda el radicado de RDML se cierra y se reporta en el sistema de integración de servicios de la DML como aporte documentos adicionales

7.2.2 CASO CONTINGENCIA sistema de integración de servicios DE LA DML

Cuando el caso se encuentra cerrado desde BZG y solo se le pueda dar trámite en el sistema de integración de servicios de la DML, podemos avanzar el caso desde el sistema de integración de servicios a validación documental, siempre y cuando el caso de PCL se encuentre en estado- espera documentos faltantes, si el caso se encuentra en alguna otra actividad, el caso se reportará a través del medio que disponga el operador, para que ya sea el grupo PCL o el grupo REI -según corresponda- lo avance, cuando esto suceda el radicado de RDML se cierra y se reporta en el sistema de integración de servicios de la DML como aporte documentos adicionales

7.3. SOLICITUD DE PRÓRROGA

7.3.1 CASO INTEGRADO CON BZG

Cuando el radicado de PCL o REI se encuentre integrado con BZG, la solicitud de prórroga se reportará por el medio que disponga el operador para que ya sea el grupo PCL o REI según corresponda, lo avance y se determine la viabilidad de acceder a la solicitud, en este caso, el radicado RDML se deja abierto hasta que llegue la respuesta indicando hasta que fecha el

afiliado cuenta para aportar la documentación, una vez contemos con la mencionada respuesta procedemos a emitir oficio desde el radicado RDML, dando respuesta al afiliado.

7.3.2 CASO CONTINGENCIA sistema de integración de servicios DE LA DML

Cuando el radicado de PCL o REI no esté integrado con BZG y solo pueda ser avanzado desde el sistema de integración de servicios de la DML, las solicitudes de prórroga podrán ser avanzadas por los analistas del operador , siempre y cuando el caso de PCL o REI se encuentre en estado ESPERA DOCUMENTOS FALTANTES, allí el sistema de integración de servicios de la DML nos dará la fecha de vencimiento de la prórroga, por lo que de una vez podremos emitir respuesta al afiliado desde BZG cerrando el radicado RDML. Si el caso no se encuentra en estado ESPERA DOCUMENTOS ADICIONALES, se realizará el procedimiento de los casos integrados con BZG**.**

7.4. CLASIFICACIÓN RECEPCION DOCUMENTOS MEDICINA LABORAL CORRESPONDIENTES A JUNTAS

Corresponderá por competencia al grupo interno de trabajo GIT JUNTAS, los siguientes documentos:

7.4.1 Citaciones a notificar dictámenes emitidos por juntas
7.4.2 Recobros De Honorarios
7.4.3 Manifestaciones de inconformidad
7.4.4 Devolución de expedientes por parte de las juntas
7.4.5 Solicitud pago de honorarios a Junta Regional y Junta Nacional
7.4.6 Notificación calificación de origen EPS/ARL
7.4.7 Notificación calificación de pérdida de capacidad laboral.

En estos casos los radicados de RDML, se cerrarán en BZG, como informativos y en la macro RDML se reportarán como competencia de Juntas, según la clasificación que corresponda.

7.5. CLASIFICACIÓN RECEPCION DOCUMENTOS MEDICINA LABORAL CORRESPONDIENTES A IT

Corresponderá por competencia al grupo interno de trabajo GIT IT, los siguientes documentos:

7.5.1 Certificado de relación de pago de incapacidades CRI
7.5.2 Certificaciones bancarias COB

7.5.3 Certificado de incapacidad

En estos casos los radicados de RDML, se cerrarán en BZG, como informativos y en la macro RDML se reportarán como competencia de IT, según la clasificación que corresponda.

7.6. CLASIFICACIÓN RECEPCION DOCUMENTOS MEDICINA LABORAL CORRESPONDIENTES A PQR

Se clasificará como competencia de PQRS, toda solicitud por escrito que ingrese por RDML y que requiera de una respuesta de fondo por parte de la Dirección de Medicina Laboral, en estos casos, los radicados RDML, se cerrarán en BZG, como informativos y en el sistema de integración de servicios de la DML se reportarán como competencia de PQRS.

7.7. CLASIFICACIÓN RECEPCION DOCUMENTOS MEDICINA LABORAL INFORMATIVO

Se clasificará como informativa toda documentación que ingrese y no requiera de una respuesta por parte de Colpensiones. En estos casos, los radicados RDML, se cerrarán en BZG, como informativos y en la macro se reportarán de igual manera como informativos.

Todo el proceso de clasificación y sus registros deberán realizarse a través del sistema de integración de servicios de la DML, con el fin de tener el control de la información, las estadísticas, bajar y realizar informes dentro del proceso y la actividad esto para tener el control de la información

Notas:

- De PQRS y Correspondencia al tener trazabilidad y desarrollo total por Bizagi no requiere desarrollos de actividades dentro del sistema de integración de servicios de la DML

- Para tutelas y PQRS se requeriría diseñar una opción dentro del sistema de integración de servicios de la DML para que a través de este se realicen las solicitudes de insumos a los diferentes subprocesos y que la respuesta sea entregada por el mismo medio

8. SEGUIMIENTO GENERAL

El proceso de seguimiento es un proceso transversal que se encarga de realizar el seguimiento al cumplimiento de metas de los diferentes subprocesos de la DML tanto de manera grupal, como individual, generar los repartos de los diferentes equipos de trabajo y generar las

estadísticas que se requieran por parte de la gerencia. A continuación se presentan algunas de las actividades realizadas en seguimiento y los insumos que se necesitan para su elaboración.

Panel de control

El panel de control es la herramienta por medio de la cual se obtiene el inventario diario de los trámites abiertos en proceso de los sub trámites de la DML (PCL, REI, IT, RDML, Manifestación de Inconformidad, PQRS, Correspondencia, Tutelas, Recepción Dictámenes, reembolsos), el mismo se genera para tener el inventario controlado de los términos de cada uno de los casos y poder priorizar los trámites objetivo meta. Para la elaboración del panel se deben descargar los siguientes insumos:

informes de Bizagi:

- ReporteCasosAbiertosSolicitudTraslado

- ReporteCasosAbiertosReembolso

- ReporteCasosAbiertosRecepcionDocML

- ReporteCasosAbiertosPCL

- ReporteCasosAbiertosIncapacidades

- ReporteDeCasosCerradosDeSolicitudTrasladoML

- ReporteDeCasosCerradosDeRecepcionDocML

- ReporteDeCasosCerradosDeRecepcionDictamenML

- ReporteCasosCerradosSolicitudReembolso

- ReporteCasosCerradosIncapacidades

- pa_reporte_ML_416

Orquestadores:

- 3_ConceptoAreaAbiertos

- 10_RecepcionCorrespondenciaAbiertos

- 39_PQRS_Abiertos_18-10-2022-014854

Reportes sistema de integración de servicios contratado

- Reporte de estados.

- Reporte de prórrogas.

Reportes de otras áreas

- DAC_Bases2

- Informes_PQRS_Total_Corte2

- Trámites_Recibidos_ML_2

Una vez obtenida la información se deben consolidar y homologar todos los informes en una única base que permita generar reportes de los estados de los trámites pendientes de la DML. Para realizar la consolidación desde seguimiento se implementó una macro que realiza estas acciones y genere el reporte de manera diaria y se remita a los líderes a cargo de los procesos. De igual forma se deben calcular los términos de los trámites.

Términos

PCL/REI: 120 días calendario (Se da 1 mes adicional cuando hay solicitud de documento/exámenes adicionales y 1 mes si el afiliado solicita prórroga).

IT: 15 días hábiles.

RDML: 30 días calendario.

Manifestación de Inconformidad: 30 días calendario.

PQRS: Se toman los términos de la DPQ (15 dias hábiles)

Correspondencia: Se toman los términos de la DPQ (15 días hábiles)

Tutelas: Se toman los términos de la DAC (2 días hábiles)

Modelo de Producción

Con el fin de realizar el seguimiento al cumplimiento de las actividades de la dirección de medicina laboral, se diseñó un modelo de producción que permite realizar periódicamente el seguimiento a la evolución de los casos que se encuentran abiertos en el proceso, que se atribuyen tanto al proveedor contratado como al área de medicina laboral y a otras áreas de Colpensiones.

El modelo consiste en un análisis proyectivo y comparativo llevado a cabo en un libro de Excel, mediante el cual se realiza una revisión del cumplimiento de los tiempos contractuales y los aplicables al área. El modelo incluye la estimación de los parámetros para la estimación de los tiempos máximos de cada etapa, el análisis de los datos del estado actual del proceso, el procesamiento de la información asociada al estado actual respecto al estado anterior (punto en el tiempo) y la determinación de la evolución de los casos.

Como resultado, el modelo realiza la proyección de casos a gestionar diaria y mensualmente para cumplir con las metas establecidas por la dirección, lo que permite tomar decisiones estratégicas. A continuación, se describen los insumos utilizados, el cálculo del inventario de trámites y cada una de las etapas del modelo diseñado.

Insumos modelo de producción.

El insumo principal para la generación de la información es el **panel de control** diario de la dirección de medicina laboral, el cual refleja los trámites abiertos de los subprocesos de Determinación del Subsidio por Incapacidades, Calificación de pérdida de capacidad laboral/ Ocupacional, Manifestación de Inconformidad contra el dictamen de Colpensiones, Medicina laboral tutelas, Recepción de dictámenes, Recepción de Documentos Medicina Laboral, Revisión del estado de invalidez, Solicitud de Reembolso y Solicitud de Traslado para asistir a cita con Juntas de Calificación de invalidez.

Cálculo del inventario - estimación y cumplimiento de la meta

Con los insumos obtenidos se genera el inventario diario para conocer el número de trámites cerrados en la jornada, radicados y el stock pendiente de cada uno de los subprocesos, con esta información se genera el primer indicador por subtrámite el cual describe el porcentaje de trámites que se cierran diarios frente al número de radicado.

El inventario se divide en 3 categorías, con las cuales se busca dar prioridad a los casos más antiguos cuyo término legal se encuentra vencido, establecido como la diferencia en días entre la fecha de radicación del trámite y la fecha de generación del informe. Las categorías definidas son:

-***Categoría A****:* corresponde a los casos que se encuentran vencidos y los trámites en término que vencen en el mes actual.

-***Categoría B:*** corresponde a los casos que se encuentran en término, pero vencen el próximo mes.

-***Categoría C:*** corresponde a los casos que se encuentran en término y tienen un vencimiento posterior.

De acuerdo con la planeación estratégica de la dirección y a los tiempos establecidos para el cumplimiento de los objetivos, se calcula el número total de trámites que tendrá cada subproceso, en el cual se incluye el inventario al corte y la estimación del número de casos que se radicarán en el periodo definido. Acorde a los anterior, a través del modelo se define una meta diaria y mensual por cada sub trámite en el periodo de tiempo que se defina previamente.

Modelo de producción

El modelo de seguimiento de la DML se divide en tres etapas:

1. Estimación de cumplimiento de los términos contractuales por subtrámite con el proveedor

2. Comparación del término contractual versus el término legal de los trámites

3. Matriz de rodamiento: seguimiento a las etapas de cada sub trámite

Para realizar cada una de las etapas mencionadas es necesario llevar a cabo una homologación de los estados reportados por trámite en el panel de control. Para ello, el modelo incluye una tabla de homologación de estados, que se define y se revisa periódicamente con las personas señaladas por la DML para cada subproceso. De esta manera, todos los radicados se agrupan en estados principales que facilitan la lectura y presentación de la información.

Adicionalmente, a través del modelo se estima los tiempos de entrega de cada etapa del subproceso, acorde a los términos establecidos contractualmente con el proveedor.

ESTIMACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS CONTRACTUALES POR SUBTRÁMITE CON EL PROVEEDOR

Para esta etapa, se extrajeron los requisitos establecidos en el contrato con el proveedor, asociados principalmente a la ejecución de las actividades contratadas. De esta información, se establecieron los indicadores para las actividades principales de la operación, obteniendo así los días máximos por estado y el límite de días transcurridos. A esta información se le agregaron los tiempos establecidos internamente en el área para la ejecución de las tareas por parte de los funcionarios de Colpensiones, de manera que permite tener una visión sistémica del tiempo máximo de ejecución de cada trámite, que incluye tanto la operación del proveedor externo como la gestión propia del área y de otras áreas.

Como resultado se obtuvo una matriz consolidada de indicadores contractuales con el proveedor y una matriz de tiempos máximos por actividad de cada subtrámite.

Con la información anterior, a cada trámite se le calcula el tiempo ideal acorde a la actividad actual, y se compara versus el tiempo actual trascurrido desde la fecha de creación. Como resultado se establece el cumplimiento a través de 3 categorías:

- ***Categoría A:*** *trámites vencidos*– corresponde a casos que superaron la duración máxima de la actividad y se encuentran vencidos.

- ***Categoría B:*** *trámites Próximos A Vencer* – corresponde a casos que se encuentran en término, pero su duración actual supera el 70% del término establecido para la actividad.

- ***Categoría C:*** *trámites En Término* – corresponde a casos cuya duración no supera el 70% del término establecido para la actividad.

De acuerdo con lo anterior, se genera un reporte del número de trámites por categoría, que indica el cumplimiento de los términos contractuales definidos con el proveedor.

COMPARACIÓN DEL TÉRMINO CONTRACTUAL VERSUS EL TÉRMINO LEGAL DE LOS TRÁMITES

Teniendo en cuenta la categorización realizada en la etapa anterior, se realiza un informe comparando el cumplimiento del término contractual del trámite versus el estado del término legal, y de esta manera el modelo diseñado se convierte en una herramienta para la toma de decisiones de manera anticipada.

SEGUIMIENTO INDIVIDUAL SUBPROCESOS DE ML

Dentro del seguimiento que se realiza a la ejecución de los trámites pendientes de la dirección de Medicina Laboral, semanalmente se ejecuta el cálculo de la productividad individual de los funcionarios de la dirección con el fin de controlar que las metas se cumplan y que todos los miembros del equipo participen de manera activa en la consecución de los resultados.

Para el seguimiento de la productividad individual de los funcionarios el primer insumo que se estableció fueron las metas diarias de acuerdo a las diferentes actividades que desempeñan los trabajadores de los grupos de: incapacidades temporales, tutelas, correspondencia, entes de control, PQRS, RDML, PCL, REI, juntas y apoyos administrativos; Las mismas fueron socializadas con los funcionarios y establecidas junto con los líderes de proceso de acuerdo a las cargas de la operación y a las horas trabajadas durante el día.

El segundo insumo son los registros de información que se tienen de cada subproceso del área a continuación se discrimina la entrada de acuerdo a la actividad que se realiza.

PCL Médicos: El seguimiento de los medicos se toma del reporte 405_COLP_PRODUCCIÓN_AUDITORES_Y_CLASIFICADORES_PCL_REI de sistema de integración de servicios, del cual se extrae la información de la actividad realizada en la herramienta, usuario y fecha de avance. Las metas actualmente establecidas son las siguientes.

PCL MEDICOS	Elaboración Dictamen	8
	Corrección Dictamen	16
	Requerimientos Concepto Tecnico	8
	Requerimientos	16
	Auditoria	40
	Flujo Clasificación	32

PCL Administrativo: Para el seguimiento de los funcionarios de apoyo administrativo se tienen en cuenta las diferentes actividades que realizan con la revisión de requerimientos internos, validación del timer y solicitud de documentos. La información es diligenciada por los funcionarios del equipo de PCL administrativo en la hoja de cálculo del drive compartido “PCL ingreso de administrativos”. Las metas actualmente establecidas son las siguientes.

PCL ADMINISTRATIVO	Validacion Timer	150
	Hacer Ri / Validación De Envios	50
	Revision De Requerimientos Internos	100
	Solicitud De Documentos	50
	Rta Ri Conceptos Medicos	50
	Casos Contingencia O Validación Integral	80

REI Administrativo: Para el seguimiento de los funcionarios de apoyo administrativo de REI se tienen en cuenta las diferentes actividades que realizan con la revisión de requerimientos internos, validación del timer y solicitud de documentos. La información se extrae del reporte de sistema de integración de servicios 407_COLP_PRODUCCION_GRUPO_ADMIN_REI_TOTAL, Las metas actualmente establecidas son las siguientes.

REI	Gestion Actividades Rei	68
	Comunicació O Requerimientos Bizagi	50
	Busqueda Dictamenes Clasificación	40

RDML: El seguimiento de la productividad del equipo de trámites de Recepción de Documentos de Medicina Laboral se realiza mediante la macro diseñada para almacenar la información de RDML y Correspondencia, en el cual los funcionarios reciben los trámites asignados a su gestión y diligencian la información del trámite. A través del reporte “PRODUCTIVIDAD EN LÍNEA” se descarga el detalle de la información. Las metas actualmente establecidas son las siguientes.

RDML	Rdml	110

PQRS y Entes de control: La productividad de PQRS y Entes de control es registrada por los funcionarios del equipo en los formularios “REVISORES PQRS y Productividad – Entes de Control” los cuales se encuentran compartidos por drive. La información obtenida se debe cruzar con el orquestador de trámites cerrados de PQRS para confirmar el cierre de trámites. Para la medición de PQRS solo se toman en cuenta los trámites aprobados. Las metas actualmente establecidas son las siguientes.

PQRS	Proyección Pqrs	7
	Revision Pqrs O Auditoria	21
ENTES DE CONTROL	Entes De Control	5
	Revisor Entes De Control	10
	Gap	25

Tutelas y correspondencia: La información de tutelas y correspondencia se toman de los registros diarios de la herramienta “SRP” y cuyo estado es atendido únicamente. De igual forma se extrae la información de las auditorías realizadas a la gestión realizada por parte del tercero, esta información se extrae del Drive compartido “FORMATO_TRABAJO_EN_CASA”. Las metas actualmente establecidas son las siguientes.

TUTELAS	Tutelas Proyeccion	5
	Tutelas Revision O Auditoria	15
	Sancion Analista	3
	Sancion Revisor	7,5
CORRESPONDENCIA	Correspondencia	15

Incapacidades Temporales: Para la medición de la producción de trámites de incapacidad temporal se tomaron todas las actividades que actualmente realizan los 3 grupos que existen dentro del equipo de acuerdo con el rol de trabajo (enfermero, validador y liquidador) que deben registrar la información de sus actividades. Para ello se encuentran compartidos en el drive los siguientes formularios (Formulario Incapacidades 2022 y Reporte Productividad Liquidación IT). Las metas actualmente establecidas son las siguientes.

La información de seguimiento es tramitada cada martes a todos los miembros del equipo de la Dirección de Medicina Laboral, dentro de la medición se tienen en cuenta únicamente la meta para los días hábiles laborados. Motivo por el cual se realiza la medición descontando los días que tengan alguna novedad por parte del funcionario y que esté autorizada por la gerencia con el respectivo soporte en caso de incapacidades. La calificación se realiza en tres rangos de ejecución del 0% al 89,99% No cumple, del 90% al 99,99% cumple parcialmente y de 100% en adelante cumple.

REPARTOS

Los repartos actualmente son realizados en Bizagi debido a que la mayoría de la información es extraída de esta herramienta. Sin embargo, como algunos procesos están migrando a la

herramienta sistema de integración de servicios, se han iniciado actividades de reparto de dicha herramienta. por ejemplo incapacidades temporales para el cual se usan los siguientes insumos - Reporte 703 y 410 (Estados sistema de integración de servicios IT). De igual manera PCL y REI Reporte 401(Estados sistema de integración de servicios PCL y REI):

9. FACTURACIÓN GENERAL

9.1 FACTURACIÓN GENERAL

El proceso de facturación de los servicios contratados con un tercero es un proceso transversal de la Dirección de Medicina Laboral que involucra todas las áreas de la Dirección mediante las revisiones técnicas, jurídicas y económicas de los servicios prestados en virtud a un contrato de servicios.

La actividad de la Facturación, Inicia con la remisión por parte del contratista de las diferentes PREFACTURAS de los servicios contratados, en archivo excel, discriminado por cada servicio las actividades objeto a facturar.

Por cada servicio llega un archivo llamado prefactura , que es el resultado de la operación del mes por el cual se recibirá el pago de los servicios de conformidad con el contrato suscrito.

Todas las prefacturas deben incluir como información general y común en todos los archivos, los datos básicos de identificación del registro, la fecha de entrega por parte de Colpensiones y una fecha en la que se indique la gestión del caso, es decir, el momento en el que el contratista cumple con los entregables de cada caso para su respectiva facturación.

En la actualidad se cuenta con las siguiente prefecturas y se requiere como mínimo un reporte para los siguientes sub trámites:

9.1.1 SUBSIDIO POR INCAPACIDAD (IT).

Prefactura_IT_AAAAMM

9.1.2 SERVICIO DETERMINACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL U OCUPACIONAL DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS

Prefactura_PCL_D_P_CI_AAAAMM

Prefactura_RevisionTecnicaPCLREI_AAAAMM

9.1.3 SERVICIO DE REVISIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ DE LOS PENSIONADOS FASE I O CONTACTABILIDAD

Prefactura_REI_Clasificacion_AAAAMM

Prefactura_REI_ActualizacionDatos_AAAAMM

Prefactura_REI_Contactabilidad_AAAAMM

Prefactura_REI_Calificacion_AAAAMM

9.1.4 SERVICIO DE ATENCIÓN DE TUTELAS

Prefactura_Tutelas_AAAAMM

Prefactura_Atencion_FallosOrdinarios_AAAAMM

9.1.5 SERVICIO DE ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN.

Prefactura_PQRS_AAAAMM

9.1.6 SERVICIO DE TRÁMITES ANTE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

Prefactura_GestionaJuntas_AAAAMM

Prefactura_PagoHonorarios_AAAAMM

Prefactura_Dictamen_fase1_AAAAMM

Prefactura_Recurso_Fase2_AAAAMM

Prefactura_Ejecutoria_Fase3_AAAAMM

Cada uno de los procesos de la dirección que manejen sus gestiones en el sistema de integración de servicios, deben generar un reporte que contenga como información básica el detallado de las gestiones realizadas , identificando el usuario que haya tenido la atención de la gestión, la fecha de entrega por parte de colpensiones al contratista, y la fecha de finalización

del registro, eso con el fin de realizar el cruce con las pre facturas entregadas por el contratista, para identificar los siguientes criterios:

1. Que el registro se haya entregado al contratista en un reparto
2. Que el registro se encuentre gestionado y finalizado de conformidad con lo requerido en el trámite del contrato
3. Que el registro cuente con los criterios de calidad requeridos en el contrato
4. Que el registro no se encuentre duplicado en los históricos para evitar pagos dobles