

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 1 DE 97

ANEXO NO. 05

CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD



 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 2 DE 97

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	2
1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION	6
1.1. Afiliados PAC:	6
<u>1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION</u>	
1.1. Afiliados PAC.....	8
1.2. Afiliados POS:.....	6
1.3. Usuarios en periodo de protección laboral:	7
1.4. Cuadros de población:	7
<u>2. DEFINICION Y COBERTURA DE SERVICIOS 7</u>	
2.1. Disponibilidad de recursos humanos asistenciales.....	9
2.2. Disponibilidad de recursos humanos administrativos	9
2.3. Programa de Capacitación a Personal Asistencial y Administrativo	14
2.4. Asistencia personal administrativo a reuniones de capacitación o actualización citadas por el Fondo de Pasivo Social de FCN.....	15
2.5. Asistencia técnica y acompañamiento a auditoria a prestación de servicios de salud por parte de entes de control:	15
<u>3. ATENCION AL USUARIO 16</u>	
3.1. Información en Carteleras:	16
3.2. Ordenes de servicios de salud en red externa:	16
3.3. Procedimiento de Negación de Servicios	17
3.4. Proceso de Prescripción de Tecnologías en Salud no financiadas con recursos de la UPC:	17
3.5. Comprobación de derechos:	18
3.6. Call center de asignación de citas:.....	19
3.7. Carta de Deberes y Derechos de los Afiliados y del Paciente y de Desempeño: ..	19
3.8. Call center nacional de Atención e Información a Usuarios 24 Horas:	20
3.9. Buzón de Sugerencias:.....	22
3.10. Información a Representantes de Asociaciones de Pensionados:	22
3.11. Proceso de Afiliación:	22
3.12. Información periódica a remitir por parte de los Contratistas al Fondo de Pasivo Social de FCN:	22
3.13. Página Web y/o APPS:.....	23
3.14. Buzón de correo electrónico:.....	23
❖ Representante Legal	23
3.15. Proceso de Levantamiento de Información ficha familiar y comunitaria	24

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 3 DE 97

4. SERVICIOS ASISTENCIALES 24

4.1 Rutas de Atención Integral de Salud Usuarios FPSFCN.....	24
4.2. Consulta Externa de Médica General:	25
4.3. Consulta Externa de Medicina Especializada:.....	26
4.4. Servicios Hospitalarios y Quirúrgicos	29
4.5. Asistencia Obstétrica y Ginecológica.....	31
4.6. Atención en Salud Mental:	32
4.7. Asistencia Odontológica General y Especializada	33
4.8. Consultas de apoyo paramédico	36
4.9. Atención de Urgencias:	37
4.10. Servicios de Rehabilitación:.....	39
4.11. Suministro de Medicamentos:.....	40
4.12. Suministro de Sangre y sus Derivados:	45
4.13. Atención Básica de Enfermería:	45
4.14. Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico:.....	45
4.15. RIA Cardio cerebro vascular y metabólica y Programa de Riesgo Cardiovascular del FPSFCN:	47
4.16. Atención Integral del Cáncer, RIA de cáncer de cervix y mama	47
4.17. Tratamiento para la infección por VIH, el SIDA y sus complicaciones:	50
4.18. Atención Paliativa:	51
4.19. Suministro de Lentes para Anteojos:	52
4.20. Suministro de Complemento Terapéutico:	54
4.21. Servicio de Ambulancia:	55
4.22. Otros transportes:.....	56
4.23. Programa de Atención Domiciliaria:	58
4.24. Programa de Detección Temprana y Protección Específica.....	59
4.25 Exclusiones:.....	60
4.26. Parámetros oportunidad en la prestación de servicios de salud:	62
Tabla- Estándares de Oportunidad.....	63
4.27. Preexistencias	64
4.28. Remisiones e Interconsultas:	65
4.29. Reembolsos:.....	66
4.30. Servicios Médicos y/o Prestaciones de salud No PBS y No PAC	67
4.31. Servicios ordenados por fallos de tutela	67

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS QUE AFECTAN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: 68

5.1. Indicadores de Seguimiento a la Prestación de Servicios de Salud.....	68
5.2. Traslados.....	68
5.3. Pagos de Cuotas Moderadoras y Copagos:	68

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 4 DE 97

5.4. Incapacidades por Enfermedad General y Licencia de Maternidad:	69
5.5. Juntas Médicas para Evaluar Usuarios con 120 días de incapacidad consecutivos:	70
5.6. Manejo de Accidentes de Trabajo:	71
5.7. Programa de Seguridad del Paciente:	71
5.8. Concurrencia de otros planes de beneficios:	72
5.9. Respuesta a correspondencia dirigida por el Fondo al Contratista:	72
5.10. Respuesta a quejas de Supersalud:	72
5.11. Cambios en red de prestadores de servicios de salud:	73
5.12. Auditoría por parte del Fondo:	74
5.13. Comités de seguimiento y Mecanismos de Participación Ciudadana en Salud: .	75
5.14. Manejo de Historias Clínicas:	76
5.15. Realización de Comités Ad Hoc:	76
5.16. Pago de Servicios de Urgencias a IPS:	77
5.17. Implementación procedimiento agendas abiertas para asignación citas:	77
5.18. Implementación procedimiento mecanismo excepcional de entrega de medicamentos: .	78

6. INFORMACIÓN QUE DEBE ENVIAR PERIÓDICAMENTE EL CONTRATISTA AL FONDO: 78

6.1. Consolidado de Quejas y Reclamos:	78
6.2. Informe de Reporte de Auditoría e Indicadores de Auditoría Médica:	78
6.3. Estados Financieros:	79
6.4. Informes de Estadística:	79
6.5. Informe sobre prestación de servicios de salud: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS):	80
6.6. Informe mensual de Entrega Total De Medicamentos Incluyendo Resolución 1604 De 2013 Entrega Excepcional De Medicamentos:	82
6.7. Reporte de cambios en red de prestadores:	82
6.8. Reporte Mensual de Cuotas Moderadoras y Copagos cobrados	83
6.9. Reporte de Información de Cuenta de Alto Costo	83
6.10. Certificación mensual de aportes en salud, pensiones y parafiscales	92
6.11. Reporte quincenal de programación quirúrgica de localidades externas:	92
6.12. Reporte Casos Usuarios Enfermedades Huérfanas	93
6.13. Notificación de Eventos de Salud Pública y Análisis De Casos Obligatorios De Sivigila	93
6.14. Reporte Actividades De Demanda Inducida	94
6.15. Informe de Actividades de las Rutas De Atención Integral del FPSFCN	94
6.16. Reporte Resolución 4505 De 2012	94
6.17. Reporte Resolución 256 De 2016 Autorización de Servicios	94
6.18. Reporte De Indicadores Resolución 256 De 2016 De Cada IPS Primaria De	

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 5 DE 97

6.19.	Reporte De Resolución 3539 De 2019 Servicios Y Tecnologías Ordenados A Usuarios Y Negados	95
6.20.	Oportunidad Citas Medicina General Y Especializada Resolución 1552 De 2013 Y Citas De Control	95
6.21.	Cargue Precios Medicamentos POS al SISMED	95
6.22.	Indicadores Autorización Servicios De Salud: ATSA 100226 / NURC 100234 De 201395	
6.23.	Red Oncológica (ATSA)	96
6.24.	Reporte Usuarios Fallecidos	96
6.25.	Reporte Cuotas Moderadoras Y Copagos	96
6.26.	Reporte Usuarios Atencion Domiciliaria	96
6.27.	Reporte Información Estudio Suficiencia UPC.....	96
6.28.	Reportes de Información de Supersalud:.....	96

7. INCUMPLIMIENTO EN LA OPORTUNIDAD DE LOS SERVICIOS: 97

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 6 DE 97

OBJETO

Este documento tiene por objeto reglamentar la prestación de los servicios integrales de salud a los afiliados y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia con oportunidad, accesibilidad, disponibilidad, continuidad, calidad, idoneidad y satisfacción, de acuerdo con el Modelo de Atención y cumpliendo el Plan de Beneficios en Salud –PBS-, el Plan de Atención Convencional –PAC- y actividades de Promoción y Prevención-

Las condiciones aquí descritas serán de obligatorio cumplimiento por los contratistas y la red de prestadores de servicios y serán objeto de auditoría por parte de los Médicos Auditores del Fondo, y evaluación e interventoría por parte de la auditoría establecida por el fondo, Lo anterior, sin perjuicio del derecho que les asiste a usuarios de asociarse en las formas establecidas por la ley para ejercer el control de los respectivos contratos.

La prestación de servicios de salud deberá garantizar las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la atención en salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad cumplir con los principios de complementariedad y subsidiariedad, así como la integralidad en las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, curación de la enfermedad, curación y rehabilitación, en todos los niveles de complejidad.

Para la prestación de servicios de salud el país se ha dividido en cuatro regiones geográficas con puntos de atención definidos en cada una de ellas. se presentan las cuatro regiones geográficas con sus respectivos puntos de atención.

1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

Los servicios de salud a que tienen derecho los pensionados y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales, están determinados según el tipo de afiliado así:

1.1. Afiliados PAC:

Este tipo de afiliados tiene derecho a los servicios del Plan de Beneficios en Salud y a un Plan de Atención Convencional definido en el presente proceso

1.2. Afiliados POS:

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 7 DE 97

Este tipo de afiliados tiene derecho únicamente al Plan de Beneficios en Salud establecido para el Régimen Contributivo según la normatividad vigente.

1.3. Usuarios en periodo de protección laboral:

Los usuarios en periodo de protección laboral solo tienen derecho a atención de aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia

Para la atención de estos usuarios el contratista deberá consultar la base de datos según lo establecido en el presente documento.

1.4. Cuadros de población:

En el documento de pliegos se incluyen los cuadros de población afiliada por grupos étnicos correspondientes a cada uno de las cuatro regiones geográficas a ofertar y la cifra total de usuarios ubicados en cada una de los puntos de atención a atender.

2. DEFINICION Y COBERTURA DE SERVICIOS

Se definen éstos, como la atención integral en promoción, prevención, curación y rehabilitación; atendiendo al individuo en su contexto biopsicosocial, atención en la que deben primar la tolerancia y el entendimiento al usuario en su calidad de paciente sin que por ningún motivo éste sea discriminado o marginado. Son características de la Calidad de la Atención en Salud las siguientes:

- **OPORTUNIDAD:** Concebida como la satisfacción de las necesidades de salud en el momento indicado.
- **ACCESIBILIDAD:** Entendida como la posibilidad real de uso del servicio por parte de la población, medida en aspectos como la distancia física existente del servicio a las viviendas, el tiempo que se requiere para llegar, la capacidad económica de la población, la situación organizacional que le permita a la población acudir a los servicios y la situación cultural.
- **SEGURIDAD:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **CONTINUIDAD:** Entendida como la secuencia lógica y bajo la responsabilidad de un equipo profesional, de las acciones que conforman cada una de las fases del proceso de atención de un problema determinado de la salud.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 8 DE 97

- **PERTINENCIA:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **SUFICIENCIA:** Definida como la satisfacción de las necesidades de salud bio-psico-sociales, en los aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.
- **INTEGRIDAD:** Considerada como la satisfacción de las necesidades de salud bio-psico-sociales, en los aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.
- **RACIONALIDAD TECNICO CIENTIFICA:** La cual se refiere a la utilización del saber médico y de la tecnología disponible en un momento dado para atender un problema de salud específico, tanto para propósitos de diagnóstico como para esfuerzos de tipo terapéutico.
- **IDONEIDAD Y COMPETENCIA PROFESIONAL:** Definida como los atributos de conocimiento, habilidad y experiencia del personal de salud que les permita atender en forma técnica, científica, personal y administrativa a la población que recibe los servicios.
- **EFICACIA:** Entendida como el beneficio real para el usuario por la aplicación de una tecnología de salud cuya utilidad ha sido previamente demostrada.
- **EFICIENCIA:** La cual se entiende como el menor costo posible del servicio para producir el beneficio esperado en la persona.
- **EFFECTIVIDAD:** Considerada como el beneficio real para la población por la aplicación, en un grupo de personas, de una tecnología de salud cuya utilidad ha sido previamente demostrada.
- **ATENCION PERSONALIZADA:** Concebida como la utilización de un trabajador o de un equipo de salud para la resolución de un problema de salud de una persona o la provisión de los cuidados o servicios que esa persona requiere.
- **ATENCION HUMANIZADA:** Considerada como la provisión de los servicios que una persona necesite con trato amable y con una adecuada comunicación interpersonal entre el cliente y el trabajador.
- **SATISFACCION DEL CLIENTE:** Definida como la complacencia de quien recibe el servicio con al forma en que lo recibió, el trato que se le dio y los resultados que produjo.
- **SATISFACCION DEL PROVEEDOR:** Entendida como la complacencia de quien presta el servicio por sus condiciones de trabajo, el trato que le dio el cliente y el resultado que su atención produjo

La prestación de los servicios de salud se realizará con toda la tecnología y recursos humanos existentes en el país.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 9 DE 97

Los servicios de salud se prestarán en los puntos de atención definidos por el Fondo, dando cumplimiento a la Red integral de Servicios de Salud requerida en cada regional, y a los requerimientos de servicios ambulatorios exclusivos para el Fondo, que se presentaron en la propuesta y que corresponden a:

2.1. Disponibilidad de recursos humanos asistenciales

Para garantizar la accesibilidad y oportunidad de los servicios, el Fondo establece el procedimiento de Análisis de Suficiencia de Red incluido en los pliegos, que permite conformar y organizar una red integral de prestadores de servicios de salud con capacidad para atender las diferentes necesidades de la población usuaria del Fondo en cada regional.se

Adicional a lo anterior, dentro de la ejecución del contrato, el Fondo realizará ajustes a la suficiencia de red, y definirá los ajustes que deban ser realizados para garantizar la disponibilidad de la red requerida para la atención de los usuarios en cada punto de atención, informando al contratista las modificaciones de la red que deben ser realizadas por este, debidamente soportadas en los cálculos anteriormente establecidos, y definiendo el plazo para que el contratista haga los ajustes y remite el reporte correspondiente

Para garantizar la prestación de todos los servicios de salud contemplados en el POS Y PAC, se revisará periódicamente la disponibilidad de servicios en los puntos de atención para definir la inclusión de nuevos servicios disponibles, con el fin de minimizar desplazamientos, El contratista deberá aumentar la cobertura de servicios, cuando al hacer análisis de la relación oferta/demanda se estime necesario, sin que esto implique modificaciones en los valores de la UPC del POS y el PAC.

Todos los usuarios del Fondo deberán estar adscritos para la atención ambulatoria a la IPS primaria del punto de atención de la red de prestadores, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de la salud, los cuales deberán contar como mínimo con los servicios ambulatorios puerta de entrada definidos en los pliegos y documentos anexos.

En los casos en que el usuario requiera un servicio que no existe en el punto de atención que le corresponde, será remitido al punto de atención más cercano de la red que preste el servicio, para tal fin el contratista deberá contar con un sistema de referencia y contrarreferencia ágil y que cumpla con lo establecido en la normatividad vigente y en los pliegos.

2.2. Disponibilidad de recursos humanos administrativos

- **Coordinador Regional:** Será el encargado de coordinar la prestación de servicios de salud de toda la División Regional, responsable del contrato designado por el Representante Legal con autonomía para definir y solucionar lo concerniente a la ejecución del mismo y de atender todos los requerimientos formales del Fondo y solucionar las dificultades que se presenten en la prestación de los Servicios de

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 10 DE 97

Salud, según lo definido lo definido en los pliegos. Deberá asistir a los Comités de Seguimiento de Servicios de Salud de la ciudad donde se encuentre ubicado y a aquellos locales a los cuales sea citado por el Médico Especialista o Auditor del Fondo según las dificultades que se presenten en la prestación de los servicios de salud.

De igual manera será el responsable de la implementación, seguimiento y reporte de información de la operativización de las rutas integrales de atención

En cuanto al rol de coordinador regional este será el encargado de:

- Implementar el modelo de atención del Fondo (caracterización, rutas, programas, incentivos y demás aspectos) en cada uno de los puntos de atención y departamentos de la región adjudicada.
 - Coordinar la debida prestación del servicio de salud tanto en lo administrativo como en lo asistencial en los puntos de atención y departamentos de la regional adjudicada, conforme a lo previsto en los planes de beneficios (PBS, PAC y PyP), y realizar auditoría interna de los mismos.
 - Verificar la operatividad de la red y del sistema de referencia y contra referencia de los componentes primario y complementario, seguimiento a casos especiales, y en general operación de la red para todo tipo de eventos en salud.
 - Garantizar el cumplimiento de la recolección, actualización, validación, administración, organización, transferencia y disposición de las bases de datos relacionadas con la administración y prestación de los servicios de salud (programas, indicadores, PAMEC; RIPS; PQRS, encuestas de satisfacción, historias clínicas, cuenta de alto costo, entre otros) con oportunidad, confiabilidad y calidad de los datos establecidos en la normatividad vigente o solicitada por los organismos de vigilancia y control y por el FONDO.
 - Realizar apoyo técnico en las visitas de seguimiento realizadas por los entes de control nacional o territorial, en los puntos de atención o departamentos que conforman su área de influencia.
 - Asistir como representante del contratista a los comités de seguimiento de servicios de salud de los puntos de atención que conforman la regional y a aquellos locales a los cuales sea citado por parte del Fondo, haciendo claridad que las decisiones que tome y los compromisos que asuma que será de obligatoria aplicación por parte del contratista.
 - Liderar la atención al usuario con enfoque de derechos y diferencial en cada uno de los puntos de atención, actualizando la información que requiere y gestionando las solicitudes de los usuarios dentro de los plazos y la normatividad vigente.
 - Realizar las funciones del coordinador local en las ciudades con menos de 500 usuarios
- **Coordinador Local:** En cada localidad de más de 500 usuarios el Contratista deberá contar con un Coordinador Local según lo definido en los pliegos, quien tendrá un horario exclusivo para la atención de las tareas administrativas y solución de los problemas de salud a los usuarios de la localidad, debiendo quedar claramente estipuladas estas funciones en el contrato. Para las localidades de menos de 500 usuarios, cumplirá estas funciones el médico tratante de los usuarios y/o la enfermera destinando un horario establecido y fijo dentro de sus actividades para atención y tramite de solicitudes de los usuarios

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 11 DE 97

de forma semanal que será conocido por los usuarios y respetado para garantizar la atención de los mismos. Se encargará de dar respuesta a las inquietudes presentadas en la localidad por los usuarios y por los Médicos Coordinadores o Auditores del Fondo.

De igual manera será el encargado por parte del Contratista de dar cumplimiento a los requerimientos establecidos en el contrato y en los pliegos y anexos de esta contratación.

- **Responsable de Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud:** Será el encargado de realizar la Coordinación de las Actividades de Promoción y Prevención, establecidas en las Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal, incluyendo el Programa de Salud Oral, garantizando la implementación de todos los programas establecidos por ley y específicos para los usuarios del Fondo incluidos en el Modelo de Atención y las Rutas de Atención. Anexo 03 Modelo de Atención y Anexo 04 Rutas de Atención Integral.
- **Responsable de Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica:** Encargado de la Implementación de la Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica, incluyendo el Programa de Nefroprotección y el Programa de Enfermedades Respiratorias Crónicas. según lo definido en Anexo 03 Modelo de Atención y Anexo 04 Rutas de Atención Integra
- **Referente de la Ruta de salud mental y enfermedades asociadas al trastorno de SPA:** El contratista debe definir el profesional de la salud referente de la RIA en la regional, que será el encargado de implementación de la ruta, desarrollo de todas las actividades propuestas y seguimiento de las mismas, reporte oportuno al referente de la Ruta del Fondo de Pasivo social de Ferrocarriles nacionales de Colombia. (Ver anexo 04 Rutas integrales de atención.)con enfoque psicosocial y diferencial. El nombre del profesional será informado al Médico Especialista y Auditor del Fondo en la reunión de inicio del contrato, debiendo ser profesional e la salud con conocimiento y experiencia en el tema específico.
- **Referente de la Ruta de violencia, agresiones, accidentes y traumas:** El contratista debe definir el profesional de la salud referente de la RIA en la regional, que será encargado de implementación de la ruta, implementación de todas las actividades propuestas en la ruta y seguimiento adecuado buscando la rehabilitación integral de la víctima hasta su inclusión en la sociedad, manejo del paciente con enfoque psicosocial y diferencial, especial atención en pacientes víctimas de conflicto armado e identificación de las mismas para su adecuado manejo. El nombre del profesional será informado al Médico Especialista y Auditor del Fondo en la reunión de inicio del contrato, debiendo ser profesional e la salud con conocimiento y experiencia en el tema específico
- **Referente de Ruta cáncer de mama y cérvix:** El contratista debe definir el profesional de la salud referente de la RIA en la regional, que será encargado de implementación de la ruta, desarrollo de todas las actividades propuestas y seguimiento de las mismas, reporte oportuno a referente de la Ruta del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.. Ver anexo 04 Rutas integrales de atención. El nombre del profesional será informado al Médico Especialista y Auditor del Fondo en la

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 12 DE 97

reunión de inicio del contrato, debiendo ser profesional e la salud con conocimiento y experiencia en el tema específico

- Responsable de manejo de pacientes con discapacidad:** A pesar de que esta población no esta priorizada por medio de una Ruta integral de atención deberá tener un encargado o responsable en cada división, debido a que esta población es de especial vigilancia por el Ministerio de Salud, será el encargado de tener la población debidamente identificada, garantizando una adecuada atención y seguimiento. Y será el responsable del reporte de información relacionada con la atención de esta población, la cual deberá ser entregada en la periodicidad definida en el formato correspondiente (Formato matriz seguimiento a población discapacitada). Para la atención de estos usuarios, los prestadores garantizaran medios de comunicación alternativos para la interacción con población con algún tipo de discapacidad en sus IPS y líneas de orientación con prestadores especializados para su atención. El nombre del profesional será informado al Médico Especialista y Auditor del Fondo en la reunión de inicio del contrato, debiendo ser profesional e la salud con conocimiento y experiencia en el tema específico. El nombre del profesional será informado al Médico Especialista y Auditor del Fondo en la reunión de inicio del contrato, debiendo ser profesional e la salud con conocimiento y experiencia en el tema específico
- Referente del programa ampliado de inmunizaciones:** El contratista debe definir el profesional de la salud encargado de mantener las actividades del PAI al día, el seguimiento a la población para garantizar el cumplimiento de los esquemas de vacunación para cumplir con la meta del 95% de cobertura propuesta por el Ministerio de Salud, y garantizar el adecuado registro de los biológicos en los carnets de vacunas, en el aplico PAI WEB del Ministerio y en Bogotá en el aplico PAI WEB Distrital: adicionalmente garantizara el suministro de información periódica y adicional solicitado por el Fondo en los formatos previamente establecidos, y la implementación de los planes de mejoramiento que se requieran al realizar el seguimiento semestral a la población, evaluando la cobertura y eficacia de este servicio. El nombre del profesional será informado al Médico Especialista y Auditor del Fondo en la reunión de inicio del contrato, debiendo ser profesional e la salud con conocimiento y experiencia en el tema específico
- Responsable de Procesos del Sistema de Garantía de Calidad:** Encargado de la implementación del Sistema de Garantía de Calidad en el cual se deberá diseñar y ejecutar las acciones necesarios a implementar el modelo de gestión de calidad definido por el Fondo que incluya:

 - ❖ Manual de Calidad que incluya los indicadores de calidad.
 - ❖ Consolidado de quejas y reclamos cuya presentación será trimestral de acuerdo a lo solicitado por el Fondo.
 - ❖ Estructura del Informe de indicadores de calidad y oportunidad y de alerta temprana de acuerdo con lo definido por el Fondo y la Superintendencia Nacional de Salud
 - ❖ Programa de Auditoria Médica
 - ❖ Plan de Mejoramiento Continuo

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 13 DE 97

- ❖ Definición de informes requeridos por el Fondo para dar cumplimiento a solicitudes de entes de control y reunión con Médico Especialista de la División para revisión de los mismos, según lo definido en el numeral 7 del presente documento

- **Responsable de Seguimiento de Cohortes y Consolidación de Información de Patologías de Alto Costo:** Encargado del seguimiento de cohortes de las patologías de alto costo y de coordinar el levantamiento, consolidación, verificación de cumplimiento de parámetros y reporte de información de Patologías de Alto Costo según los parámetros definidos por el Fondo en este documento y las normas que reglamentan cada una y dentro de los plazos definidos. De igual manera, debe asistir a las reuniones citadas por la Cuenta de Alto Costo y retroalimentar al equipo nacional sobre las mismas, coordinar el soporte de las auditorías de información realizada, respuesta ante información adicional o aclaraciones solicitadas por la Cuenta de Alto Costo y de la información reportada frente a historias clínicas y documentos soporte durante las auditorías realizadas.
- **Responsable de notificación, seguimiento y ajustes en SIVIGILA** En cada división deberá haber un encargado del seguimiento a los eventos de interés de salud pública que sean identificados, notificados o reportados por el INS, será responsable del seguimiento a los usuarios del Fondo captados por esta plataforma y encargado de realizar el respectivo ajuste según corresponda, la información deberá ser remitida de manera centralizada al Fondo para su respectivo control y seguimiento.
- **Responsable del proceso de atención al usuario:** Encargado de la implementación y seguimiento de las Oficinas de Atención al Usuario y de los funcionarios de Atención al Usuario en todas las localidades de la Regional conforme a lo establecido en los pliegos.
- **Coordinador de red de prestadores de servicios de salud:** Encargado de coordinar y gestionar la operación de la red integral de prestadores de servicios de salud en la regional en coordinación con el Responsable de RIPSS del Fondo, para brindar a los afiliados del Fondo una atención en salud en condiciones adecuadas, cumpliendo las actividades definidas en el pliego y las demás encaminadas al funcionamiento adecuado de la red de prestadores

De igual manera, deberá soportar los procesos de monitoreo y evaluación de la prestación de los servicios de salud, así como, lo correspondiente a la gestión del riesgo y al desempeño en términos de resultados en salud.

- **Coordinador de referencia y contrareferencia:** Encargado de la implementación, seguimiento y evaluación del Protocolo de Referencia y Contrareferencia conforme a los lineamientos definidos por el Fondo en los documentos de pliegos, incluyendo la referencia de pacientes de urgencias y de servicios hospitalarios de mayor nivel de complejidad, y la recepción, trámite y seguimiento de las atenciones e urgencias en IPS fuera de la red de prestadores de servicios de salud acorde a los parámetros definidos por el Fondo .
- **Responsable de sistemas de información** Encargado de la implementación, consolidación validación de datos e informes establecidos en la normatividad y de las solicitudes adicionales de información

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 14 DE 97

requeridas por el Fondo masi como la solución de dificultades de todos las áreas de sistemas relacionadas con la prestación de servicios a usuarios del Fondo, especialmente lo relacionado con:

- Buzones de correo electrónico., app, web
 - Sistema de radicación, seguimiento y reporte de p,q,r,s.
 - Hardware y Software de todas las áreas de prestación de servicios de salud y atención al usuario acorde con los módulos definidos en el pliego de condiciones y demás documentos soporte del proceso de contratación
 - Manejo de Base de Datos: Recepción de novedades y actualización a toda la red de prestadores en forma oportuna y eficiente
 - Manejo de RIPS
 - Call center de asignación de citas
 - Historias clínicas sistematizadas
 - .Plataforma de consulta de módulos del Contratista por funcionarios del Fondo.
- **Responsable de auditoria de concurrencia:** El contratista en cada regional debe delegar un auditor de concurrencia para remisión de información de pacientes hospitalizados y revisión de casos con los médicos especialistas y auditores del Fondo en cada localidad según la programación y necesidad definida por estos.

El Contratista deberá garantizar la permanencia de los recursos ofertados durante la vigencia del contrato, salvo motivos de fuerza mayor que obliguen a realizar modificaciones, caso en el cual deberá reemplazar el recurso solicitando aprobación por parte del Médico Especialista o Auditor del Contrato. La modificación realizada sin autorización del Médico Especialista o Auditor del Fondo será considerada una falta grave al cumplimiento del contrato.

2.3. Programa de Capacitación a Personal Asistencial y Administrativo

Para garantizar el conocimiento adecuado de los contenidos de los planes de beneficios, del Modelo de Atención del Fondo, la implementación de las Rutas de Atención priorizadas, las condiciones de atención de los usuarios según el plan de beneficios correspondiente y la aplicación de las condiciones de prestación de servicios de salud por parte del personal asistencial y administrativo que atiende los usuarios en todas los puntos de atención de cada División, el contratista deberá implementar un programa de capacitación semestral de todo el personal que interviene en la prestación de los servicios de salud en las IPS que conforman la red, tanto propia como subcontratada, en el cual se incluirán claramente los beneficios adicionales a que tienen derecho los usuarios del Fondo y los temas que determine el Fondo. El Fondo a través de la auditoría definida realizara seguimiento a cumplimiento de esta obligación.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 15 DE 97

2.4. Asistencia personal administrativo a reuniones de capacitación o actualización citadas por el Fondo de Pasivo Social de FCN

Con el fin de dar cumplimiento a la responsabilidad de actualización, capacitación y asistencia técnica que debe realizar el Fondo de Pasivo Social con su red de prestadores de servicios de salud, se programaran reuniones periódicas durante la ejecución del contrato, a las cuales citará a los funcionarios que en razón del tema a tratar deban asistir, siendo obligatoria la asistencia de los funcionarios citados, sin excepción.

Estas reuniones se realizaran en la fecha y lugar definido por el GIT de Servicios de Salud del Fondo, rotando su realización en las 4 regionales, para lo cual el contratista de la regional definida para la reunión deberá coordinar y disponer la logística para su realización de forma coordinada con el funcionario delegado por el Fondo.

2.5. Asistencia técnica y acompañamiento a auditoria a prestación de servicios de salud por parte de entes de control:

El contratista deberá realizar acompañamiento, asistencia y presentación de los soportes que requiera el Fondo para atender las auditorías de prestación de servicios de salud realizadas por los entes de control.

Este acompañamiento incluye la asistencia del personal a cargo de los temas incluidos en la auditoria y la presentación de todos los documentos requeridos para soportar la prestación de servicios de salud conforme lo solicitado por el ente de control respectivo.

Dentro de las auditorías realizadas por entes de control, se debe dar especial énfasis a la auditoria definida en la Circular 001 de 2020 de la Supersalud, para la cual el contratista deberá:

- ✓ Suministrar oportunamente la totalidad de la información requerida por las entidades territoriales: Teniendo en cuenta que la información de la atención de los usuarios es generada por los contratistas, deberán disponer toda la información requerida en cada uno de los aspectos a evaluar según los parámetros establecidos en la Circular y según lo solicitado por el FPSFCN
- ✓ Contar con los recursos humanos, técnicos y logísticos que permitan desarrollo de auditoría, de acuerdo a lo definido por el Fondo

Los procedimientos establecidos para la realización de estas auditorías, establecen: Expedición de Acto administrativo de entidad territorial que ordena auditoría, definiendo alcances, objetivos, fechas y lugares de ejecución, identificación equipo auditor y coordinador de auditoría, Comunicación de Entidad territorial de la realización de la auditoría dentro de los cinco días hábiles anteriores a la fecha en que va a realizarse, indicando fecha y requerimientos de información y Realización de Auditoría que se llevará a cabo en la jurisdicción del departa-

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 16 DE 97

mento, distrito o municipio que ejecuta la auditoría. Para lo anterior, el contratista deberá coordinar el desplazamiento del personal requerido y definido por el Fondo en las fechas y a la ubicación definidas por la entidad territorial.

3. ATENCION AL USUARIO

3.1. Información en Carteleras:

El Contratista debe contar con una cartelera de información y orientación a los usuarios del Fondo en todas las IPS de atención ambulatoria de todos los puntos de atención colocadas en las salas de espera, en la cual se deberá publicar la información definida por el Fondo, que debe estar de manera permanente y obligatoria, con el fin de actualizar a los usuarios en sus deberes, derechos, programas especiales y demás, la cual debe incluir como mínimo:

- Derechos y deberes de los usuarios.
- Horarios de atención de las sedes
- Canales de atención y medios de acceso a los diferentes trámites ofrecidos
- Ubicación y dependencia que recibirá y resolverá las peticiones por ellos presentadas.
- El derecho a que se entregue el formato de negación de servicios, si es del caso.
- Mecanismos de participación ciudadana.

Esta información deberá incluir diseño para personas con cualquier tipo de discapacidad y contar con personal debidamente capacitada para este tipo de orientaciones, con enfoque psicosocial y diferencial.

Información adicional que el contratista quiera colocar en carteleras deberá ser consultada con el Médico Especialista o Auditor del contrato del Fondo, antes de ser publicada.

3.2. Ordenes de servicios de salud en red externa:

El contratista tendrá la obligación de dar cumplimiento a los parámetros definidos en el Anexo No. 09 Protocolo de Referencia y Contrareferencia anexo a estos documentos, incluyendo la entrega de las órdenes de servicios de baja complejidad a realizar en red externa desde el momento de la consulta, sin requerir ningún procedimiento de autorización adicional; contar con sistemas de remisión electrónicos para la entrega de órdenes de servicios en red externa de media y alta complejidad, que permitan el acceso del usuario a las mismas sin realizar desplazamientos innecesarios a los puntos de atención evitando que tenga que presentarse nuevamente para reclamar la misma.

Según lo anterior, las órdenes de la totalidad de los servicios de baja complejidad deberán ser entregadas por el Médico Tratante al momento de la consulta, sin requerir ningún otro procedimiento posterior, para lo cual el sistema deberá permitir que las mismas se generen directamente al prestador que las atiende en la red externa. Para los servicios de media y alta complejidad, las órdenes de servicios en red externa, deberán generarse dentro de los cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud (Resolución 4331 de 2012), sin que en ningún caso se puede

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 17 DE 97

exceder este término. De igual forma, el Contratista contará con sistemas de evaluación y seguimiento de los tiempos de autorización que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación. Este sistema será evaluado en forma permanente por el equipo de auditoría del Fondo, para garantizar el cumplimiento de lo establecido en el Artículo 125 de la Ley 019 de 2012 (Ley Antitramites)

El contratista no podrá trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de autorización de servicios de media y alta complejidad electivos. Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información adicional, el contratista se comunicará con el prestador de servicios de salud solicitante de la autorización, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud para los servicios prioritarios y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes en el caso de servicios no prioritarios. El prestador deberá dar respuesta a dicha solicitud, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios prioritarios y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios no prioritarios. Este procedimiento en ningún caso podrá ser excusa para exceder los cinco (5) días establecidos para la generación de las órdenes de servicio

3.3. Procedimiento de Negación de Servicios

Dando cumplimiento a lo definido en la Resolución 4331 de 2012 Y Circular 008 de 2018 de Supersalud, para el caso de servicios de salud electivos que sean ordenados por profesionales de la red de prestadores que se encuentren excluidos del PBS o PAC, durante el trámite de autorización de servicios el contratista deberá diligenciar y enviar al usuario el formato único de negación de servicios de salud y/o medicamentos establecido en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Fondo. De acuerdo a lo establecido en las citadas normas, este Formato debe ser diligenciado por un profesional de la salud ampliamente capacitado para emitir concepto (Circular 008 de 2018)

La respuesta se entenderá de fondo, cuando brinde información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe verificarse que la salud, la integridad y la vida del usuario no se ponen en riesgo en ningún momento a causa de la negación.

De igual manera, con la información e los servicios de salud negados a los usuarios, deberá diligenciar el registro de negación de servicios definido por el Ministerio de Salud y Protección Social e la Resolución 3539 de 2020 y remitirlo al Fondo según lo definido en este documento y sus anexos

Este procedimiento también aplicará para el caso de servicios ordenados por profesionales no incluidos en la red de prestadores de servicios de salud definida para la atención de los usuarios del Fondo.

3.4. Proceso de Prescripción de Tecnologías en Salud no financiadas con recursos de la UPC:

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 18 DE 97

Para los usuarios que solamente tienen derecho al Plan de Beneficios en Salud (PBS) se realizará la prescripción de los servicios de salud no incluidos en el mismo por parte del Médico Tratante a través del MIPRES, dando cumplimiento a lo definido en la normatividad para la prescripción de estos servicios. Una vez realizada la prescripción de estos servicios, el Fondo realizará el direccionamiento correspondiente al contratista para su entrega como proveedor

Quince días después del inicio del contrato, el contratista debe remitir al Fondo la lista en Excel, con los datos definidos, de las IPS y profesionales independientes que pueden realizar prescripción de tecnologías en salud a los usuarios que únicamente tienen derecho al Plan de Beneficios en Salud. De igual manera, deberán remitir el listado de los proveedores de servicios de salud que realizarán la prestación efectiva de los servicios ordenados. Lo anterior, para la activación de prescriptores y proveedores por parte del Fondo en el MIPRES. A su vez los contratistas deberán activar en el MIPRES los dispensadores, encargados de la prestación efectiva de la tecnología en salud.

Una vez definido el direccionamiento para la dispensación efectiva de la tecnología en salud por parte del Fondo, el contratista deberá realizar el suministro efectivo del mismo dentro de los plazos definidos en la normatividad para estos servicios. De igual manera, debe registrar la información de Programación de Entrega o Prestación del Servicio y de Registro Efectivo de la Dispensación.

A los usuarios con derecho al Plan de Atención Convencional del FPSFCN únicamente podrán negarse servicios y/o tecnologías en salud que se encuentren expresamente en las exclusiones de este plan de beneficios, caso en el cual deberá aplicarse el procedimiento de negación de servicios de salud establecido en este documento.

3.5. Comprobación de derechos:

Para garantizar el funcionamiento adecuado de este proceso y la atención oportuna de los usuarios, el Área de Planeación y Sistema del Fondo, pondrá a disposición del contratista una consulta a la base de los usuarios afiliados a través de su Intranet, con el objetivo de permitirle al contratista conocer el estado de afiliación de un usuario. Para el ingreso a la consulta será indispensable (Obligatorio) que el contratista tenga su acceso a Internet propio, el cual le permitirá establecer la conexión con la Intranet del Fondo Pasivo Social FCN por medio de un acceso autenticado, para lo cual, el Fondo proveerá desde su Intranet un vínculo hacia la consulta anteriormente dicha y entregará una (1) clave para dos (2) accesos a cada contratista para su ingreso.

La consulta diaria a la Base de Datos estará disponible y actualizada permanentemente, de acuerdo con las novedades registradas por afiliaciones y compensación. Esto le permitirá verificar el estado de afiliación del usuario diariamente para determinar el derecho a la prestación de los servicios de salud. Se considera caso de fuerza mayor que impide la consulta o la disponibilidad de la base de datos la imposibilidad de hacer conexión con Internet.

En cumplimiento de la resolución 3047 de 2008, el contratista reportará las posibles inconsistencias en la base de datos de manera quincenal, para lo cual el contratista diligenciará el anexo técnico No. 1 de la Resolución 3047 por cada afiliado que presente inconsistencia y los enviara a las oficinas del Fondo, ubicadas en las

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 19 DE 97

ciudades de Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Medellín, Santa Marta y Tumaco; los días 15 y último día de cada mes.

3.6. Call center de asignación de citas:

El oferente contará con un sistema de orientación, información a los usuarios y asignación de citas de acuerdo a lo definido en el Pliego de Condiciones.

El número(s) y horario de atención del call center regional deberá ser informado con la propuesta según lo definido en los pliegos, y al Médico Especialista o Auditor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio del contrato y deberá colocarse en las carteleras informativas de las IPS ambulatorias de cada punto de atención definidas para conocimiento de los usuarios. Cualquier cambio en el mismo deberá ser reportado con anticipación al Médico Especialista o Auditor y a las asociaciones de pensionados de la localidad.

Para la evaluación del funcionamiento del sistema de asignación de citas, el Contratista deberá implementar un sistema de evaluación y seguimiento a los tiempos de otorgamiento de citas, que permita cumplir con los parámetros de reporte de información de la Resolución 1552 de 2013. Este sistema debe ser implementado en todas los puntos de atención de usuarios del FPSFCN, siendo evaluado por la auditoría del Fondo en forma mensual, dentro de los cinco primeros días del mes siguiente al de evaluación.

3.7. Carta de Deberes y Derechos de los Afiliados y del Paciente y de Desempeño:

Acorde con lo definido en los pliegos de condiciones, los Contratistas en forma conjunta deberán publicar al inicio del contrato la red básica de atención y la Carta de Deberes y Derechos de los Usuarios y de Desempeño, que deberá contener la siguiente información:

- ❖ Plan de Beneficios
- ❖ Exclusiones y Limitaciones el Plan de Beneficios
- ❖ Exclusiones de Medicamentos
- ❖ Exclusiones de Servicios y Tratamientos
- ❖ Programa de Promoción y Prevención
- ❖ Deberes y derechos de los afiliados y pacientes
- ❖ Pagos cuotas moderadoras y copagos
- ❖ Mecanismos de acceso al servicio
- ❖ Directorio de Oficinas para la Atención al Ciudadano
- ❖ Red prestadora de servicios de atención básica (medicina general, odontología general, programa de promoción y prevención, laboratorio clínico, instituciones hospitalarias o clínicas, farmacias institucionales o contratadas, (hospitalarias y servicios de urgencia) de cada una de las localidades que conforman las cuatro divisiones a nivel nacional, incluyendo horarios de atención, dirección, teléfono de cada uno de ellos y nombre del coordinador o persona responsable.
- ❖ Inspección, vigilancia y control

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 20 DE 97

- ❖ Participación Social: Comités de Evaluación de Servicios de Salud
- ❖ Trámite a seguir cuando niegan un servicio, medicamento o procedimiento por no estar incluido en el plan de beneficios a que tengo derecho
- ❖ Como realizar el trámite de valoración médico laboral de determinación de invalidez de hijos de pensionados para afiliación a servicios de salud
- ❖ Trámite de peticiones, quejas, reclamos, denuncias sugerencias

Para dar cumplimiento a este requisito se nombrará un contratista coordinador del proceso, que se entenderá directamente con el Fondo de Pasivo Social de FCN en todo el proceso.

Estas cartas serán diseñadas conjuntamente con la persona designada por la Subdirección de Prestaciones Sociales, debiendo suministrar cada Contratista la información de la red básica según el formato definido por esta área, que deberán ser aprobados por el Fondo antes de su impresión. Deberán estar listos treinta (30) días calendario después de la iniciación del contrato. El número de manuales corresponderá a 0.7 veces el número de pensionados de cada división. Una vez aprobados e impresos serán entregados a las oficinas del Fondo quienes coordinarán la entrega a los usuarios.

3.8. Call center nacional de Atención e Información a Usuarios 24 Horas:

Dando cumplimiento a lo establecido en los pliegos, los contratistas deberán disponer de un call center de comunicación único para el cumplimiento de las actividades de atención y orientación a los usuarios de todo el país por parte del FPSFCN, implementando una línea gratuita de atención 24 horas, que garantice la orientación para el acceso al servicio por parte de los usuarios (Art. 198 Ley 100 de 1993 y Art. 5 num. 1 Decreto 1157 de 1994). Los parámetros de información al usuario serán definidos por el Área de Atención al Usuario del Fondo en reunión sostenida con el proveedor del Sistema de Comunicación dentro de los diez (10) días posteriores al inicio del contrato

De igual manera, este call center contará con Médico de disponibilidad permanente, todos los días las veinticuatro horas, para dar aplicación al procedimiento definido a continuación para dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Resolución 4331 de 2012 y demás normas que lo adicionen, sustituyan o modifiquen.

Esta línea deberá contar con un sistema (telefónico y correo electrónico) para la recepción del Informe de Atención Inicial de Urgencias establecido en el Artículo 12 del Decreto 4747 de 2007, que será remitido por las IPS que atiendan urgencias de usuarios afiliados al Fondo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, utilizando el Formato definido en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3047 de 2008 a las direcciones de correo electrónico y/o fax definido para tal fin.

Este formato a su vez será remitido al Coordinador de Referencia y Contrareferencia del contratista que corresponda al punto de atención del afiliado con copia al Médico Especialista o Auditor a las direcciones de correo electrónico establecidas para tal fin, con el fin de que se proceda a definir la atención de la urgencia directamente por el contratista, bien sea autorizando a la IPS que está atendiendo el usuario o trasladándolo a

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 21 DE 97

una IPS propia según el estado clínico del paciente. El contratista deberá informar al call center por escrito al correo electrónico de remisión, en un lapso no mayor a doce (12) horas después de recibido el informe, el trámite adelantado y la situación del paciente. SI PASADAS LAS 12 HORAS, NO SE TIENE RESPUESTA POR ESCRITO DEL CONTRATISTA INFORMANDO EL TRAMITE ADELANTADO, EL FPSFCN CANCELARA EL VALOR DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS CUANDO LE SEA REMITIDA LA CUENTA DE COBRO UTILIZANDO EL PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA Y PAGO POR SERVICIOS DE URGENCIAS A IPS según el procedimiento definido por el Fondo.

De igual manera, recibirá las Solicitudes Autorización de Servicios Posteriores a la Atención Inicial de Urgencias que deben ser remitidas en el Formato establecido en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 3047 de 2008, las cuales deberán ser remitidas en forma inmediata al Coordinador de Referencia y Contrareferencia del contratista que corresponda al punto de atención del afiliado con copia al Médico Especialista o Auditor correspondiente a la dirección de correo electrónico que se defina, quien procederá a evaluar el caso y determinar la pertinencia de las solicitudes de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. El contratista deberá informar al call center del Fondo por escrito dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la comunicación el trámite adelantado por la IPS y la situación de tratamiento del usuario. SI PASADAS LAS 2 HORAS, NO SE TIENE RESPUESTA POR ESCRITO DEL CONTRATISTA INFORMANDO EL TRAMITE ADELANTADO, EL MEDICO DEL CALL CENTER EVALUARA LS SOLICITUD D, DEFINIRA LA PERTINENCIA Y EXPEDIRA EL FORMATO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS POSTERIORES A ATENCION INICIAL DE URGENCIAS (ANEXO TECNICO 4) O EL FORMATO DE NEGACION DE SERVICIOS, SEGÚN SEA EL CASO, Y CANCELARA EL VALOR DE LA URGENCIA CUANDO LE SEA REMITIDA LA CUENTA DE COBRO utilizando el procedimiento definido por el Fondo.

En todos los casos, será el Médico Auditor del call center quien determinará la pertinencia de las solicitudes realizadas y en los casos de no respuesta oportuna por parte del contratista, dará respuesta a las IPS dentro de los términos establecidos anteriormente utilizando el Formato de Autorización de Servicios Posteriores a Atención Inicial de Urgencias (Anexo Técnico No. 4 de Resolución 3047 de 2008) o el Formato Único de Negación de Servicios (Circular Única de Supersalud) según se autorice o no el servicio solicitado.

EL proveedor del call center, remitirá a la Coordinación de Grupo de Prestación de Servicios de Salud del Fondo los informes que esta defina para garantizar el seguimiento y adecuada aplicación de los procedimientos establecidos en la normatividad por el Fondo.

El valor mensual del servicio de call center será cancelado por los Contratistas proporcionalmente al número de usuarios existentes en la base de datos al iniciar el contrato. A efectos de la coordinación y responsabilidad por la prestación permanente de este servicio, los contratistas definirán el call center a contratar, delegando en el Fondo de Pasivo Social de FCN la coordinación directamente con la firma definida, para lo cual autorizan a este para descontar mensualmente el valor correspondiente del pago y girarlo directamente.

Esta línea deberá estar implementada diez (10) siguientes al inicio del contrato, para lo cual deberán informar en esta fecha los números de la misma a la Secretaria General del Fondo, a la Coordinación del GIT de Servicios de Salud y a los médicos responsables de las divisiones y a los usuarios.

 ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 22 DE 97

Cualquier modificación o daño en la línea mencionada durante la vigencia del Contrato deberá ser informada la Secretaria General del Fondo dentro de las 24 horas siguientes, y a los usuarios mediante avisos visibles en todos los puntos de atención y mediante comunicación escrita a las asociaciones de pensionados.

3.9. Buzón de Sugerencias:

Todos los Contratistas en las IPS primarias atención ambulatoria de todos los puntos de atención, ubicarán un buzón cuya llave será manejada por los representantes de los pensionados, donde los usuarios depositarán sugerencias y recomendaciones sobre el servicio. Este buzón será abierto por los representantes de asociaciones de pensionados en compañía del Coordinador de la localidad el día de la reunión de seguimiento de servicios de salud en las localidades en las cuales el Fondo no tiene médicos; mientras que en las oficinas en las cuales el Fondo cuenta con médicos, la llave será manejada por el Médico Especialista o Auditor del Fondo quien retirará las quejas.

3.10. Información a Representantes de Asociaciones de Pensionados:

El Contratista brindará la información solicitada por los representantes de las asociaciones de pensionados para el cumplimiento de sus funciones para seguimiento a la prestación de los servicios de salud, exceptuando lo relacionado con acceso a historias clínicas e información médica que se regulará por las normas que rigen la materia. El funcionamiento de la veeduría de servicios de salud será reglamentado por el Fondo para su implementación.

3.11. Proceso de Afiliación:

El Contratista colaborará con la información acerca de los trámites necesarios para la afiliación de los nuevos usuarios, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Requisitos de Afiliación para Usuarios del Servicio de Salud del Fondo y utilizando el Formato Único de Afiliación para Pensionados o para Trabajadores Activos según sea el caso.

3.12. Información periódica a remitir por parte de los Contratistas al Fondo de Pasivo Social de FCN:

El Contratista se compromete a remitir toda la información definida en el presente documento, que le sea requerida por el Fondo, relacionada con la prestación de los servicios de salud, dentro de los plazos establecidos, y la adicional que se requiera y se defina por el Fondo dentro del proceso de ejecución del contrato.

Este compromiso se extenderá por tres (3) años después de terminado el contrato, con el fin de garantizar que el Fondo pueda cumplir con los requerimientos de información exigida por los entes de control

El Contratista asumirá los costos en que deba incurrir la entidad como consecuencia de la imposición de sanciones por parte de los distintos organismos de control, atribuibles al incumplimiento en el envío de información con el

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 23 DE 97

propósito de cumplir normatividad u obligaciones de información ante las diferentes entidades que controlan la actividad de la entidad. Dichos valores serán descontados de las sumas que la entidad adeuda al contratista.

3.13. Página Web y/o APPS:

El contratista deberá contar con una página Web y/o APPS que permita a los usuarios conocer los procedimientos que deben seguir los afiliados al Fondo para acceder a los servicios de salud, conocer la red de prestadores de servicios a nivel nacional, acceder a un buzón de correo para quejas y reclamos, asignación de citas, recepción de resultados de laboratorio y otros. La página web y APPS deberán contar con canales de acceso para población con algún tipo de discapacidad

El nombre de la página Web será informado a la Dirección General el Fondo dentro de los ocho días calendario siguientes al inicio del contrato y colocarse en las carteleras informativas de los sitios de atención para conocimiento de los usuarios.

3.14. Buzón de correo electrónico:

Con el fin de facilitar la comunicación entre el Fondo de Pasivo Social de FCN y las diferentes áreas del contratista, este deberá contar con los siguientes buzones de correo electrónico oficiales:

- ❖ Representante Legal
- ❖ Coordinación Regional
- ❖ Coordinaciones Locales
- ❖ Responsable de Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Promoción y Prevención
- ❖ Responsable de Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica
- ❖ Responsable de Procesos del Sistema de Garantía de Calidad
- ❖ Responsable de Seguimiento de Cohortes y Consolidación de Información de Patologías de Alto Costo
- ❖ Responsable del proceso de atención al usuario
- ❖ Coordinador de red de prestadores de servicios de salud
- ❖ Coordinador de referencia y contrareferencia: Incluyendo correo electrónico para reporte de informe de atención inicial de urgencias de IPS fuera de la red y de solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias
- ❖ Responsable de procesos de calidad
- ❖ Responsable de sistemas de información
- ❖ Referente de la Ruta de salud mental y enfermedades asociadas al trastorno de SPA
- ❖ Referente de la Ruta de violencia, agresiones, accidentes y traumas.
- ❖ Referente de Ruta cáncer de mama y cérvix.
- ❖ Responsable de manejo de pacientes con discapacidad.
- ❖ Referente del programa ampliado de inmunizaciones

Estos buzones de correo electrónico deberán ser utilizados directamente por los funcionarios designados para

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 24 DE 97

el cumplimiento de cada una de las funciones y deberá informarse al Fondo la dirección de estos dentro de los quince (15) días siguientes al inicio del contrato. De igual forma cualquier cambio que se realice deberá ser reportado dentro de los quince días siguientes a su ocurrencia, mediante información a la oficina de Bogotá y a los médicos especialistas y auditores

3.15. Proceso de Levantamiento de Información ficha familiar y comunitaria

Teniendo en cuenta que se debe adelantar el proceso de levantamiento de información de la ficha familiar y comunitaria de la población afiliada, el contratista deberá realizar la aplicación de la ficha familiar y comunitaria a toda la población afiliada en la regional en los plazos definidos por el Fondo, utilizando los formatos y metodología establecidos, para lo cual dispondrá los recursos humanos, logísticos y tecnológicos requeridos en todos los puntos de atención, según lo definido en los pliegos y documentos anexos. La información recolectada será utilizada por el Fondo para la realización de los análisis de caracterización población y definición del riesgo individual y familiar.

4. SERVICIOS ASISTENCIALES

El servicio de salud de los usuarios del FPSFCN es integral y está basado en la Gestión del Riesgo en Salud de la población asegurada, acorde con el Modelo de Atención y las Rutas de Atención Integral en Salud, para lo cual todas las atenciones en salud requeridas por los usuarios y ordenadas por el médico tratante de la red, deberán ser garantizadas por el contratista independientemente del nivel de complejidad y de su existencia o no en la División o Región. En este caso, el contratista deberá remitir al usuario a la localidad del país donde se encuentre habilitado el servicio.

Para el funcionamiento e integralidad de la prestación de los servicios de salud, en cada punto de atención el contratista debe contar con una IPS PRIMARIA de atención de la población afiliada, en la cual se llevarán a cabo todas las acciones de gestión de riesgo enfocadas a evitar y mitigar los riesgos en salud tanto de la población sana como enferma. LA IPS PRIMARIA es el eje central de la atención de los usuarios del Fondo y debe contar como mínimo con los servicios definidos en los pliegos, dentro de los que se incluyen profesional de enfermería, consulta de médico general, actividades de detección temprana de alteraciones del adulto (mayores de 45 años) y consulta de medicina familiar en todos los puntos de atención.

4.1 Rutas de Atención Integral de Salud Usuarios FPSFCN

La atención de los usuarios del Fondo está articulada conforme al Modelo de Atención Integral en Salud para Ferrocarriles Nacionales MAISFEN que forma parte integral de este documento, así como las implementación de la RIAS priorizadas para la población objeto. Dando cumplimiento a este modelo todos los usuarios deben estar

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 25 DE 97

caracterizados y, definidas las RIAS en las cuales deben ser incluidos y controlados, acorde con sus patologías y necesidades específicas de atención.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Fondo y el contratista contarán con una base de datos de los afiliados por regional y punto de atención, en la cual estarán definidas las actividades que se deben realizar a cada usuario y su periodicidad y realizará el control y seguimiento de la implementación de las mismas a través de los hitos y los indicadores definidos que tiene metas de obligatorio cumplimiento establecidas.

Dentro de las actividades de la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud, el contratista debe garantizar el cumplimiento de las metas de cobertura definidas en el PAI, para lo cual deberá aplicar el Protocolo de PAI definido por el FPSFCN que se encuentra anexo a este documento. Independiente de la IPS que realice la aplicación de las vacunas, el referente de PAI de cada contratista deberá hacer seguimiento uno a uno de todos los niños objeto del PAI para garantizar la aplicación completa de los esquemas de vacunación y el reporte de las dosis aplicada en el PAI WEB del Ministerio de Salud; así como para las vacunas de poblaciones diferentes a niños debe garantizar las estrategias para lograr las coberturas definidas por el Ministerio de salud.

4.2. Consulta Externa de Médica General:

Para todos los usuarios del Fondo, la asignación de citas de medicina general se hará en todos los puntos de atención por vía telefónica y presencial. El contratista debe garantizar la accesibilidad y oportunidad de la atención de los usuarios para la solicitud de citas por vía telefónica y presencial, disponiendo el personal, número de líneas telefónicas y demás elementos requeridos.

La demanda de consulta externa para medicina general, debe atenderse en el curso de las veinticuatro horas hábiles siguientes a la solicitud. El contratista deberá contar con la disponibilidad de horas medico requeridas en cada localidad de acuerdo con el estudio de suficiencia realizado y garantizando siempre la oportunidad exigida. En los casos en que se detecte falta de oportunidad en la asignación de citas de medicina general, se verificará la suficiencia de red, realizando los ajustes requeridos para garantizar la oportunidad exigida.

El tiempo por cada consulta no debe ser menor a 20 minutos; y para los casos de seguimiento de usuarios en RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud se debe realizar por médicos generales y profesionales de enfermería entrenados en las actividades, intervenciones y procedimientos según el ciclo vital, incluyendo los test y las escalas establecidos en los Planes de Acción de la RIA que forma parte de este documento.

En los casos en que El Fondo determine que la atención a los usuarios se da por persona no idónea para prestar el servicio, exigirá la suspensión de ésta y pondrá tal circunstancia en conocimiento de la Superintendencia Nacional de salud.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 26 DE 97

4. 2.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles y Puertos:

A los usuarios con plan de atención convencional, por ningún motivo se les deberá cobrar cuotas moderadoras y copagos

4.2.2. Plan de Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

Para los usuarios del POS se aplicarán las condiciones establecidas para los usuarios de PAC en lo referente a calidad, procesos y oportunidad.

Para estos usuarios se aplicará el cobro de cuotas moderadoras, según lo establecido en este documento

Para estos usuarios la asignación de citas se realizará de la misma manera que para los usuarios del PAC.

4.3. Consulta Externa de Medicina Especializada:

El Contratista deberá fijar en cartelera ubicada en un lugar visible en el sitio de asignación de citas, el listado de los profesionales de las especialidades básicas contratadas en la localidad.

Los servicios y tecnologías de salud cubren la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Los servicios de medicina especializada, serán prestados por médicos especialistas en alguna de las ramas de la medicina autorizada para su ejercicio en Colombia, graduados, con su Tarjeta Profesional vigente y Certificado del ICFES para el caso de quienes se hayan especializado en el exterior. En ningún caso se aceptará la realización de consulta de medicina especializada por médicos generales asistidos o asesorados por médicos especialistas, o cualquier otra forma de realización de consulta de medicina especializada que no sea hecha directa y únicamente por el profesional de medicina especializada, garantizando la confiabilidad de la consulta y la historia clínica.

Todos los usuarios que sean remitidos para interconsulta o referencia, deberán ser atendidos, valorados y tratados por el profesional al que se remitieron. No se aceptará el cambio de especialidad, ni la realización de consultas por médicos generales asistidos por los especialistas.

El contratista deberá garantizar en forma permanente y durante todo el periodo que dure la contratación con el Fondo todas las especialidades y subespecialidades existentes en todos los puntos de atención según el REPS y cumpliendo la capacidad instalada según el estudio de suficiencia de red.

Para acceder a los servicios de medicina especializada, es indispensable el tránsito o la remisión por medicina general u odontología general o urgencias, excepto en las localidades donde cuente con este recurso:

- la atención de los menores de 18 años que será realizada directamente por el pediatra sin requerir remisión,

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 27 DE 97

- las gestantes que serán atendidas directamente por el obstetra y
- los pacientes con patologías crónicas clasificados como complejidad media y alta que serán atendidos por el médico familiar.

En los casos en que se detecte falta de oportunidad en la asignación de citas de medicina general, se verificará la suficiencia de red, realizando los ajustes requeridos para garantizar la oportunidad exigida.

En los casos en que el usuario requiera un servicio que no existe en el punto de atención que le corresponde, se aplicará lo definido en pliegos.

Cuando El Fondo determine que la atención a los usuarios se da por persona no idónea para prestar el servicio, exigirá la suspensión de ésta y pondrá tal circunstancia en conocimiento de la Superintendencia Nacional de salud.

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido por el Ministerio de Salud el 14 de mayo de 2013 mediante Resolución 1552 de 2013 que reglamenta parcialmente los Artículos 123 y 124 de la Ley 019 de 2012, definiendo el Procedimiento de Agendas Abiertas para Asignación de Citas de Medicina General y Especializada se definió el procedimiento que debe implementar cada contratista, el cual se describe en el anexo del presente documento, el cual es de obligatorio cumplimiento.

4.3.1 Plan de Atención Convencional Ferrocarriles:

El Contratista dispondrá de todas las especialidades y/o subespecialidades existentes y habilitadas en cada punto de atención que fueron exigidas por el Fondo en la propuesta.

Solamente en casos de imposibilidad justificada para contratar una especialidad en un punto de atención o la no existencia de la especialidad en forma integral que garantice la total atención de los usuarios, situación que será evaluada y determinada por el Médico Especialista o Auditor del Fondo, el contratista podrá desplazar al usuario a otro punto de atención existiendo el recurso en la localidad de origen, para lo cual asumirá los costos de transporte y estadía del paciente y acompañante, si se requiere, (la necesidad de acompañante está determinada por el estado de salud y la edad del paciente, mayores de 60 años y menores de edad), siempre y cuando la localidad a la cual debe desplazarse se encuentre a 40 o más kilómetros de distancia, aplicando las siguientes tarifas:

- **Transporte:** El valor del transporte intermunicipal
- **Gastos de Estadía:** El equivalente a dos salarios diarios mínimos legales vigentes por cada día que el usuario deba permanecer en la otra localidad.

Estos recursos deberán ser cancelados al usuario en forma previa al desplazamiento y en efectivo.

La atención de los menores de 18 años será realizada directamente por el pediatra, la atención de las gestantes

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 28 DE 97

directamente por el obstetra y la atención de los crónicos de media y alta complejidad por los médicos familiares, sin requerir remisión, en las localidades donde cuente con este recurso. (Artículo 10 Resolución 3512 de 2019). Estas atenciones deberán garantizarse dentro de los tres días siguientes a la solicitud.

Para todos los pacientes la atención especializada básica que corresponde a las especialidades de Medicina Interna, Ginecología, Oftalmología, Cirugía, Ortopedia, Urología, será de siete (7) días hábiles y el resto de las especialidades deberá atenderse en un plazo máximo de quince (15) días hábiles y las subespecialidades en un plazo de treinta (30) días o, en caso de subespecialidades con poca oferta de servicios, la oportunidad existente en la localidad.

El tiempo por cada consulta no debe ser menor de veinte (20) minutos, es decir, no se pueden realizar más de tres (3) consultas por hora.

Cuando un usuario requiera valoración por más de un especialista, el tiempo máximo entre consultas será de tres (3) días.

4.3.2. Plan de Atención Convencional Puertos:

El Contratista dispondrá de todas las especialidades y/o subespecialidades existentes y habilitadas en cada localidad que fueron exigidas por el Fondo en la propuesta independientemente del nivel de complejidad.

Cuando un usuario deba ser desplazado a otro punto de atención por no existencia del recurso requerido en la localidad de residencia, se reconocerán los gastos de transporte incluidos en el numeral 4.20.2. del presente documento

La atención de los menores de 18 años será realizada directamente por el pediatra, la atención de las gestantes directamente por el obstetra y la atención de los crónicos de media y alta complejidad por los médicos familiares, sin requerir remisión, en las localidades donde cuente con este recurso. (Artículo 10 Resolución 3512 de 2019). Estas atenciones deberán garantizarse dentro de los tres días siguientes a la solicitud.

Para todos los pacientes la atención especializada básica que corresponde a las especialidades de Medicina Interna, Ginecología, Oftalmología, Cirugía, Ortopedia, Urología, será de siete (7) días hábiles y el resto de las especialidades deberá atenderse en un plazo máximo de quince (15) días hábiles y las subespecialidades en un plazo de treinta (30) días o, en caso de subespecialidades con poca oferta de servicios, la oportunidad existente en la localidad

El tiempo por cada consulta no debe ser menor de veinte (20) minutos, es decir, no se pueden realizar más de tres (3) consultas por hora.

Cuando un usuario requiera valoración por más de un especialista, el tiempo máximo entre consultas será de tres (3) días.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 29 DE 97

4.3.3. Plan de Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

Para los usuarios del Plan de Beneficios de Ferrocarriles y de Puertos se aplicarán las condiciones establecidas para los usuarios de PAC en lo referente a calidad, procesos y oportunidad.

Solamente en casos de imposibilidad justificada para contratar una especialidad en una localidad o la no existencia de la especialidad en forma integral que garantice la total atención de los usuarios, situación que será evaluada y determinada por el Médico Especialista o Auditor del Fondo, el contratista podrá desplazar al usuario a otra localidad existiendo el recurso en la localidad de origen, para lo cual asumirá los costos de transporte y estadía del paciente y acompañante si se requiere (la necesidad de acompañante está determinada por el estado de salud y la edad del paciente, mayores de 60 años y menores de edad), siempre y cuando la localidad a la cual debe desplazarse se encuentre a 40 o más kilómetros de distancia, aplicando las siguientes tarifas:

- **Transporte:** El valor del transporte intermunicipal
- **Gastos de Estadía:** El equivalente a dos salarios diarios mínimos legales vigentes por cada día que el usuario deba permanecer en la otra localidad.

Estos recursos deberán ser cancelados al usuario en forma previa al desplazamiento y en efectivo.

Para estos usuarios se aplicará el cobro de cuotas moderadoras, según lo establecido en el numeral 5.2. De este documento

La atención de los menores de 18 años será realizada directamente por el pediatra, la atención de las gestantes directamente por el obstetra y la atención de los crónicos de media y alta complejidad por los médicos familiares, sin requerir remisión, en las localidades donde cuente con este recurso. (Artículo 10 Resolución 3512 de 2019). Estas atenciones deberán garantizarse dentro de los tres días siguientes a la solicitud.

4.4. Servicios Hospitalarios y Quirúrgicos

Para todos los usuarios, la demanda hospitalaria y quirúrgica debe atenderse en instituciones que cumplan con los requisitos de habilitación según lo establecido en la normatividad vigente.

Los pacientes pueden ser hospitalizados en habitaciones individuales o, solo en caso de no contar con la disponibilidad, en habitaciones compartidas (máximo dos), salvo en aquellas localidades en que la infraestructura existente no lo permita. Las habitaciones deberán reunir todas las condiciones de higiene y confortabilidad necesarias. En el caso de habitaciones compartidas, deberán ocuparlas pacientes del mismo sexo y cuyas patologías no lo contraindiquen. Cuando el número de pacientes supere la capacidad ofertada en las Clínicas, el Contratista deberá recurrir a otras instituciones hospitalarias de la localidad previamente aprobadas por el Médico Especialista o Auditor del contrato para garantizar la hospitalización oportuna

No se encuentran incluidos los servicios de hospitalización para pacientes en estado terminal de cualquier etiología

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 30 DE 97

que hayan sido dados de alta por el especialista tratante, o pacientes con diagnóstico de muerte cerebral o descerebrado.

Igualmente no se incluyen los servicios de internación en instituciones educativas, ni en entidades de asistencia social tipo ancianato, hospicio, orfanato, hogar sustituto, guardería o granja protegida.

Para los usuarios PBS y PAC, todo procedimiento quirúrgico electivo será realizado en el término de treinta (30) días, después de la indicación quirúrgica del médico tratante, término dentro del cual deberán practicarse todas las valoraciones y exámenes prequirúrgicos requeridos, siempre que el procedimiento no esté contraindicado por riesgo prequirúrgico.

Las intervenciones y procedimientos serán realizados en todos los casos, salvo que exista contraindicación, con la última tecnología disponible aprobada científicamente en el país.

Para la programación de los procedimientos ordenados por los médicos tratantes, en las ciudades en que el Fondo cuenta con oficinas propias, el usuario radicará la orden respectiva junto con las de exámenes y valoraciones complementarias directamente en estas oficinas. La orden de cirugía será registrada y se darán al usuario las instrucciones necesarias para dirigirse al contratista para continuar el trámite, remitiendo la orden de cirugía al contratista para que expida las autorizaciones necesarias y las citas requeridas para la realización de los exámenes y valoraciones complementarias. Semanalmente el Médico del Fondo se reunirá con el Coordinador Local del Contratista para definir la programación quirúrgica de los usuarios dentro de los plazos establecidos en este documento. Los procedimientos en las localidades en las cuales el Fondo no cuenta con oficina propia, seguirán siendo radicados en la Coordinación Local, de donde se deberá remitir informe quincenal al Médico Especialista o Auditor del Fondo relacionando las cirugías radicadas, ordenadas y pendientes utilizando el Formato establecido por el Fondo para este reporte.

Cuando el procedimiento es suspendido por causa medica que requiera manejo para su compensación, este paciente deberá ser valorado por el médico especialista a cargo en el momento de la cirugía para definir la conducta a seguir para su respectivo tratamiento, debiendo ser programado inmediatamente se logre la compensación de su cuadro.

En caso de ser aplazada la cirugía por parte del usuario, éste deberá diligenciar un formato preestablecido el cual será parte integral de la historia clínica única. Para efectos de la nueva programación se tendrá en cuenta la fecha en que se realizó el aplazamiento.

Cuando se detecte falta de oportunidad en cirugías programadas por parte del Contratista, el Director General del Fondo podrá ordenarlos en una IPS de la red del contratista o en una IPS diferente, y su valor será descontado del contrato respectivo

La valoración preanestésica y los procedimientos anestésicos serán realizados por especialistas titulados debidamente registrados.

El paciente hospitalizado estará bajo el cuidado y responsabilidad del especialista competente, y en su ausencia

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 31 DE 97

asumirá el cuidado otro especialista o el médico general encargado cuando se trate de una situación de urgencia.

En ningún caso, salvo los lugares en donde no haya otro recurso disponible, serán atendidos por médicos que se encuentren prestando el servicio social obligatorio.

Para los pensionados y beneficiarios el contratista asumirá la totalidad de los servicios de hospitalización (medicamentos, ayudas diagnósticas, laboratorio y asistencia médica y quirúrgica). No reconocerá los servicios de enfermería especial, teléfono, televisor, periódicos, cama de acompañante y otros servicios no encaminados a la recuperación del paciente.

En el caso de enfermería los contratistas, cubrirán los costos referentes a este servicio, siempre que sean de carácter hospitalario y ordenados por el médico tratante.

En el caso de usuarios que consulten al servicio de urgencias, hospitalización y cirugías, que al ser dados de alta les sea ordenado tratamiento, el Contratista deberá garantizar el suministro de los medicamentos ordenados desde el momento en que es dado de alta y por mínimo tres días posteriores. Esta entrega no incluye el suministro de medicamentos para tratamientos permanentes ambulatorios.

En cuanto a los pacientes hospitalizados o sometidos a cirugía ambulatoria dados de alta después de las 12:00 m. si residen fuera de la localidad, o de las 3:00 p.m. si viven allí mismo, será responsabilidad de los contratistas asumir los gastos del traslado hasta el sitio de residencia. El tipo de transporte requerido será definido por el Médico de Turno. En caso de no contar con la disponibilidad de transporte, el paciente deberá permanecer hospitalizado hasta el día siguiente.

4.4.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles y Puertos:

Para los usuarios del plan de atención convencional no se podrán generar costos por copagos ni cuotas moderadoras.

4.4.2. Plan de Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

Estos servicios para los usuarios PBS estarán sujetos al cobro de copagos según las tarifas establecidas por el Fondo. Para lo anterior, el contratista deberá contar con un sistema que permita agrupar los costos de atenciones por año del grupo familiar para establecer los copagos del beneficiario, y no exceder los montos establecidos por la norma.

4.5. Asistencia Obstétrica y Ginecológica

El Contratista atenderá los servicios de Obstetricia y Ginecología para todos los usuarios de servicios de salud.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 32 DE 97

El control de embarazo y la atención del parto serán realizados por obstetras en los lugares en donde se cuente con este recurso. En donde no haya obstetras será atendido por médico general siempre y cuando no se trate de un embarazo de mediano y alto riesgo, salvo en caso de urgencias. Se deberá dar cumplimiento a la realización de todas las actividades definidas en la RIA Materno perinatal, GPC y demás normatividad al respecto.

La atención básica de los recién nacidos deberá ser asumida por el Contratista dentro del primer mes de nacidos, sin requerir afiliación para la misma, debiendo aplicar todas las actividades y procedimientos definidos en la RIA Materno perinatal, GPC y demás normatividad relacionada.

En el caso de recién nacidos que presenten complicaciones que requieran atenciones de alta complejidad, al momento del parto o dentro del primer mes y que no se encuentren afiliados, deberá ser asumida la totalidad de la prestación por el contratista, hasta la recuperación del paciente. Para estos usuarios, la IPS que atienda el parto deberá realizar el procedimiento de afiliación al Fondo conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

4.6. Atención en Salud Mental:

La Gestión Integrada para la Salud Mental consiste en conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia.

Tanto para los usuarios del PAC como del PBS, la atención en salud mental será prestada por el Contratista en forma directa o subcontratada dando cumplimiento a lo definido en las RIAS de Salud Mental, GPC y normatividad establecida para este tipo de atención.

4.6.1. Atención Ambulatoria en Salud Mental: Se garantizará la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja; independientemente de la etiología o la fase en que se encuentre la enfermedad, así:

- Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario.
- Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario.

4.6.2. Atención de Urgencias en Salud Mental: La atención psiquiátrica incluye la atención inicial de urgencias del paciente con trastorno mental en servicios de urgencias y de observación por las primeras 24 horas.

4.6.3. Atención de Internación para Manejo de Salud Mental: En caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del Médico tratante, el Contratista cubrirá la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días continuos o discontinuos por año calendario, acorde con el concepto del equipo profesional de la salud tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social. Los 90 días podrán sumarse en una o más

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 33 DE 97

hospitalizaciones por año calendario

A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se maneja de manera preferente en el servicio de hospitalización parcial (hospitalización día)

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratante

4.6.4. Atención psicológica y/o psiquiátrica de pacientes víctimas de la violencia: Los contratistas cubrirán la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para los pacientes víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, y atendiendo la normatividad vigente para estos casos.

El tratamiento podrá suspenderse por solicitud del especialista, por petición del paciente o por acuerdo común. Podrá autorizarse cambio de especialista cuando a juicio del médico tratante exista una razón valedera. El abandono del tratamiento exonera de toda responsabilidad al Contratista y al Fondo.

Para los usuarios menores de 18 años se aplicarán las disposiciones definidas en la COBERTURA PREFERENTE Y DIFERENCIAL AGRUPADA POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD según la normatividad vigente al momento de la atención.

El Fondo ha definido la Ruta de Atención Integral en Salud Mental y Trastornos Asociados al Consumo de SPA, la cual deberá ser implementada en su totalidad por los contratistas en todos los puntos de atención de cada División. De igual manera, el Fondo realizará el seguimiento a la implementación de este programa a través de indicadores y verificación de documentos soporte dentro de la auditoría realizada.

De igual manera, se estableció la Ruta de Violencia, Agresiones, Accidentes y Traumas, que deberá ser implementada en su totalidad por los contratistas en todas las localidades de cada División donde se direccionan actividades específicas para estos eventos. Se tendrá especial atención y seguimiento a pacientes víctimas de conflicto armado los cuales son de vital importancia ante los entes de control y nuestro gobierno nacional. De igual manera, el Fondo realizará el seguimiento a la implementación de esta ruta a través de indicadores y verificación de documentos soporte dentro de la auditoría realizada

4.7. Asistencia Odontológica General y Especializada

La atención odontológica general será prestada por un odontólogo titulado con registro vigente, en instituciones adecuadas que cumplan con los requisitos de habilitación según lo establecido en la normatividad vigente

En los casos en que no exista éste, podrán atender los odontólogos que se encuentren cumpliendo con su Servicio Social Obligatorio.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 34 DE 97

La demanda será atendida en el término del día siguiente a la solicitud, no deberán ser atendidas más de tres (3) consultas por hora. En la primera consulta se definirá el plan de tratamiento a seguir, parámetro éste, que servirá para evaluar la oportunidad de este servicio y de acuerdo al cual se concederán las demás citas.

La Atención en Odontología Especializada será prestada por odontólogos especialistas titulados, con su registro vigente. La demanda odontológica especializada debe ser canalizada por el odontólogo general y será atendida en un plazo máximo de siete (7) días hábiles.

La cirugía odontológica deberá ser realizada máximo en 30 días calendario, después de determinado el diagnóstico.

Las urgencias odontológicas deberán ser atendidas y resueltas en forma inmediata.

4.7.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles:

Se incluyen dentro de las Actividades de Odontología para el PAC de Ferrocarriles las siguientes:

- Operatoria: Independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante; así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.
- Cirugía Oral
- Radiología Oral
- Periodoncia fases I y II
- Endodoncia
- Profilaxis
- Urgencias
- Promoción y Prevención

Los controles posteriores también obedecerán a un plan trazado en la primera consulta y acorde con el tratamiento.

La realización de endodoncias en multirradiculares y mono o birradiculares complicados será realizada por odontólogos especializados en endodoncia.

Se incluye las prótesis dentales con Inserción, adaptación y control de prótesis mucosoportada total superior e inferior, incluyendo prótesis, para para los cotizantes y sus beneficiarios con un ingreso base de cotización igualo inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes

4.7.2. Plan de Atención Convencional Puertos:

Se incluyen dentro de las Actividades de Odontología para el PAC de Puertos las siguientes:

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 35 DE 97

- Operatoria: Independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante; así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama
- Cirugía Oral
- Ayudas Diagnósticas
- Endodoncia
- Profilaxis
- Periodoncia
- Rehabilitación: Prótesis removible cuando no esté indicada la fija
- Ortopedia maxilar
- Urgencias
- Promoción y Prevención
- Ortodoncia

Los afiliados que requieran los siguientes tratamientos odontológicos pagarán al Contratista un porcentaje del costo total de los mismos así:

Cartagena, Barranquilla, Santa Marta y Bocas de Ceniza:

- Prótesis y Ortodoncia: El diez por ciento (10%) del valor de los materiales para todos los usuarios.(Artículo 140 CCT)

Bogotá, D.C.:

- Prótesis: El diez por ciento (10%) del valor de los materiales para los pensionados y el cincuenta por ciento (50%) del valor de los materiales para los beneficiarios (Numeral d, Artículo 48 CCT)

Tumaco:

- Prótesis: El veinte por ciento (20%) del valor de los materiales para los pensionados y el cincuenta por ciento (50%) del valor de los materiales para los beneficiarios (artículo 72 CCT)
- Ortodoncia: No cancelaran ningún porcentaje del valor de los materiales para los pensionados y beneficiarios (artículo 72 CCT)

Buenaventura:

- Prótesis y Ortodoncia: El diez por ciento (10%) del valor de los materiales para todos los usuarios (Artículo 77 CCT)

Cali:

- Prótesis y Ortodoncia: El diez por ciento (10%) del valor de los materiales para todos los usuarios:

Para la determinación del valor de los materiales, se aplicarán las tarifas SOAT definidas como valor máximo aceptado para la cancelación de estos servicios en forma semestral, los cuales serán los aplicados por los contratistas para los cobros.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 36 DE 97

Los controles posteriores también obedecerán a un plan trazado en la primera consulta y acorde con el tratamiento.

La realización de endodoncias en mono o birradiculares complicados y multirradiculares será realizada en todos los casos por odontólogos especializados en endodoncia.

4.7.3. Plan de Beneficios en Salud:

El Contratista prestará todas las actividades intervenciones y procedimientos de odontología definidos en plan de beneficios en salud al momento de realización del mismo, entre los que se incluyen:

- Obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante; así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.
- Prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante para los cotizantes y sus beneficiarios con un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

4.8. Consultas de apoyo paramédico

El contratista deberá garantizar la oportunidad de las consultas de apoyo según los parámetros establecidos a continuación:

Optometría: Las consultas deberán ser atendidas en un plazo máximo de siete (7) días posteriores a la indicación por parte del médico tratante

Psicología: Las consultas deberán ser atendidas en un plazo máximo de siete (7) días posteriores a la indicación por parte del médico tratante

Fisioterapia: Las consultas deberán ser atendidas en un plazo máximo de siete (7) días posteriores a la indicación por parte del médico tratante

Fonoaudiología: Las consultas deberán ser atendidas en un plazo máximo de siete (7) días posteriores a la indicación por parte del médico tratante

Terapia Ocupacional: Las consultas deberán ser atendidas en un plazo máximo de siete (7) días posteriores a la indicación por parte del médico tratante

Nutrición y dietética: Las consultas deberán ser atendidas en un plazo máximo de siete (7) días posteriores a la indicación por parte del médico tratante

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 37 DE 97

4.9. Atención de Urgencias:

Urgencia se define como: la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen su vida o funcionalidad y que requiere acciones oportunas de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.

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

Se establecen como acciones realizadas a una persona con patología de urgencias las siguientes:

- Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la estabilización de sus signos vitales
- La realización de un diagnóstico de impresión
- La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido para recibir su tratamiento posterior definitivo.
- La estabilización de los signos vitales implica realizar acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no implica necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.

Tanto para el Plan de Beneficios de Salud como para el Plan Convencional se aplicarán los siguientes principios:

La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que la requieran.

El contratista dispondrá de este servicio las veinticuatro (24) horas del día en todos los puntos de atención establecidos en cada regional

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional, sin que para ello sea necesaria la autorización de la entidad contratista a cargo o remisión.

La contratación del servicio de urgencias de acuerdo con lo contemplado en la Ley 100 y Decretos Reglamentarios, no puede ser limitada para la Entidad que asume esta responsabilidad, y debe contemplar la atención integral del paciente; por lo tanto, el contratista deberá garantizar la disponibilidad de todos los especialistas existentes en la institución sin importar el nivel de complejidad, las 24 horas del día para brindar atención inmediata en los casos requeridos.

Cuando no se cuente con este recurso, estarán obligados a acatar las órdenes que generen la atención por parte de los especialistas de las entidades subcontratadas.

El contratista suministrará los medios de transporte necesarios en los casos en que deba ser trasladado el usuario

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 38 DE 97

entre instituciones de salud, los cuales deben estar disponibles en forma oportuna.

En todos los servicios de urgencias existirá un sistema de clasificación de urgencia para valorar el estado del paciente y determinar la agilidad de su atención. Para la calificación de los usuarios se utilizará el sistema de clasificación definida por el Ministerio de Salud, que deberá ser conocido por todos los profesionales que laboren en los servicios de urgencias y encontrarse disponible de manera permanente en todas las áreas de clasificación. El personal que realiza esta actividad debe conocer que las víctimas de violencia sexual a son clasificadas como triage I-II según sea el caso y según la normatividad vigente; y las personas con condición de discapacidad tendrán atención especial en el servicio de urgencias.

La estancia máxima en observación de urgencias es de 24 horas, lapso en el cual se debe decidir si el enfermo es dado de alta o trasladado a la zona de hospitalización que le corresponda.

La clasificación de urgencias será realizada únicamente por enfermeras profesionales o médicos. En todos los casos se diligenciará un formato de clasificación en el cual se incluirán los siguientes datos mínimos: hora de ingreso al servicio, datos básicos de identificación del usuario, hallazgos, clasificación y plan a seguir. De igual manera es importante aclarar que este sistema se utilizará únicamente para definir el riesgo y la oportunidad de la atención y no podrá ser utilizado para negar un servicio a un usuario, excepto en los casos de clasificación cuatro los cuales podrán ser remitidos a consulta externa.

La atención psiquiátrica incluye la atención inicial de urgencias del paciente con trastorno mental en servicios de urgencias y de observación por las primeras 24 horas.

Cuando un usuario, en caso de urgencia (médica, quirúrgica u odontológica) acuda a una institución no contratada, deberá informar a la institución el nombre de la entidad administradora de salud responsable de su atención (Fondo de Pasivo Social de FCN) y será responsabilidad de la IPS tratante dar aplicación a lo establecido en el Artículo 12 del Decreto 4747 de 2007, informando al call center de autorización de urgencias del Fondo dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, mediante la remisión del Informe de Atención Inicial de Urgencias establecido en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3047 de 2008 al correo electrónico y/o fax que establezca el Fondo para tal fin.

Para la atención de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias por IPS no incluidas en la red de prestadores del Fondo, se requerirá en todo caso autorización de esta entidad, para lo cual la IPS que atienda el usuario deberá remitir al call center del Fondo dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de la atención inicial de urgencias el Formato de Solicitud de Autorización de Servicios Posteriores a Atención Inicial de Urgencias establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 3047 de 2008 al correo electrónico y/o fax que establezca el Fondo para tal fin.

El Fondo ha determinado el procedimiento para garantizar la respuesta de estas solicitudes dentro de los plazos establecidos en la Resolución 3047 de 2008.

El Fondo a través de su call center, procederá a evaluar la pertinencia o no de la solicitud de atención posterior en forma conjunta con el contratista y autorizará o negará la misma, dando respuesta dentro de las dos (2) horas

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 39 DE 97

siguientes, utilizando el Formato de Autorización de Servicios Posteriores a Atención Inicial de Urgencias (Anexo Técnico No. 4 de Resolución 3047 de 2008) o el Formato Único de Negación de Servicios (Circular Única de Supersalud) según sea el caso. En caso de que el contratista no dé respuesta oportuna a la solicitud de atención posterior a atención inicial de urgencias dentro de las dos horas posteriores al reporte por el call center del Fondo, el medico del call center procederá a definir si aprueba o niega los servicios posteriores, remitiendo respuesta a la IPS tratante. Cuando se presenten estos casos, el contratista responsable de la atención deberá aceptar las autorizaciones expedidas por el Fondo y cancelar los valores correspondientes al contratista que prestó la atención.

Para el pago de estos servicios se aplicará lo definido en el procedimiento de pago de urgencias a IPS del Fondo.

4.10. Servicios de Rehabilitación:

Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a restaurar la función física, psicológica o social resultante de una condición previa o crónica, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad, que puedan reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse en su ambiente familiar, social o laboral.

Todo usuario que requiera un tratamiento de rehabilitación debe ser evaluado por un fisiatra quien establecerá un plan de manejo para ser desarrollado por los (las) terapeutas, una vez terminado el mismo nuevamente debe ser evaluado por el fisiatra para definir conducta.

Se exceptúan: los usuarios cuyo seguimiento este a cargo de los especialistas de Neurocirugía, Ortopedia, Neurología y aquellas localidades en donde no se cuente con el recurso de fisiatría.

Las citas de fisiatría deberán ser asignadas dentro de los quince (15) días siguientes a su indicación por parte del médico tratante. Las citas de terapias deberán ser asignadas dentro de los cinco (5) días posteriores a su orden por parte del especialista tratante (Fisiatra, Neurocirujano, Ortopedista, Neurólogo). El tiempo entre una sesión de terapia y otra no podrá ser superior a tres (3) días, salvo que exista una indicación expresa por parte del fisiatra, lo cual deberá ser informado al Médico Especialista o Auditor del Fondo.

La rehabilitación social está incluida en el plan de beneficios, por lo que los contratistas deberán contar con este servicio, que permita la articulación con otros sectores para la rehabilitación social previa de un evento de cualquier tipo de violencia, en especial si se identificó algún paciente como víctima de conflicto armado.

Cuando se detecte falta de oportunidad en servicios de rehabilitación por parte del Contratista, el Director General del Fondo podrá ordenarlos en una IPS de la red del contratista o en una IPS diferente, y su valor será descontado del contrato respectivo

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 40 DE 97

4.10.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles y Puertos:

El Contratista estará en la obligación de prestar actividades o procedimientos de rehabilitación necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas, según lo ordenado por el Médico Tratante sin limitación del número de actividades, entre los que se encuentran Fisioterapia, Terapia Respiratoria, Terapia del Lenguaje, Terapia Ocupacional, Ortopédica y Pleóptica.

4.10.2. Plan de Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

El Contratista prestará todas las actividades intervenciones y procedimientos aprobados en el plan o que estén vigentes al momento de realización del mismo

4.11. Suministro de Medicamentos:

El Contratista deberá acreditar farmacia principal y de apoyo para el suministro de los medicamentos de los usuarios del FONDO en todos los municipios establecidos como puntos de atención. Cuando en la farmacia institucional o contratada no exista el medicamento formulado, el Contratista deberá implementar los mecanismos necesarios para su consecución, garantizando el suministro del medicamento esencial dentro del mismo día en que fue formulado y los especializados y de alto costo según los plazos establecidos en el presente documento.

El contratista deberá garantizar el acceso a los medicamentos de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional tratante y las normas vigentes.

El Contratista deberá contar con los sellos de PENDIENTE y ENTREGADO en todas las farmacias, estos sellos serán colocados en la fórmula inmediatamente y con obligatoriedad en el momento en que se genera el pendiente o cuando se entrega el medicamento.

En el evento excepcional en que la entrega de medicamentos no pueda hacerse completa en el momento que se reclaman, el contratista deberá colocar el sello de pendiente, y coordinar lo pertinente para la remisión del usuario a la Farmacia de Apoyo en forma inmediata para la entrega de los medicamentos.

Excepcionalmente, en caso de no contar con el medicamento en la farmacia principal y en la de apoyo, se deberá coordinar, para que en un lapso no mayor a 48 horas se garantice la entrega del mismo en el lugar de residencia, si el afiliado así lo autoriza. (Artículo 131 de Ley 19 de 2012). Mediante Resolución 1604 de 2013, el Ministerio de Salud definió los parámetros de implementación y reporte información. Para dar cumplimiento a esta reglamentación, El Fondo definió la forma de implementación por parte de cada contratista, la cual se describe en el Mecanismo Excepcional de Entrega de Medicamentos

En las ciudades en las cuales se cuente con procedimiento sistematizado de entrega de medicamentos, se deberá registrar la totalidad de los medicamentos ordenados a cada usuario en el sistema, determinando los entregados

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 41 DE 97

inmediatamente, los pendientes y los que se remitirán utilizando el mecanismo de entrega excepcional de medicamentos. En ningún caso podrán existir medicamentos no entregados al usuario que no se encuentren registrados en el sistema. Este sistema generará automáticamente los indicadores de oportunidad de entrega de medicamentos requeridos por la entidad para cumplir con los informes de los entes de control

En las ciudades en que no se cuente con procedimiento sistematizado de entrega de medicamentos, el Contratista deberá llevar un Libro de Medicamentos PENDIENTES en la farmacia, éste se diligencia cuando en la farmacia institucional no se cuenta con el medicamento. Este libro de medicamentos pendientes deberá contener las siguientes columnas de información:

- Fecha
- Nombre del Usuario
- Fecha de Formulación
- Nombre del Medicamento
- Fecha en que llega el medicamento
- Fecha en que usuario retira el medicamento
- Firma del usuario

Cuando el Contratista no suministre los medicamentos utilizando los procedimientos y plazos establecidos, el Director General del Fondo podrá autorizar la entrega de los mismos en una farmacia de la red del contratista o en una farmacia diferente, descontando el valor de los mismos del pago a realizar al Contratista.

En el caso de usuarios que consulten al servicio de urgencias, hospitalización y cirugías, que al ser dados de alta les sea ordenado tratamiento, el Contratista deberá garantizar el suministro de los medicamentos ordenados desde el momento en que es dado de alta y por mínimo tres días posteriores. Esta entrega no incluye el suministro de medicamentos para tratamientos permanentes ambulatorios.

Es responsabilidad del contratista garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de programas especiales previstos en la normatividad - Medicamentos para programas especiales en salud pública-, y que son suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social. según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

4.11.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles y Puertos:

El Contratista estará en la obligación de entregar todos los medicamentos existentes aprobados y autorizados por el INVIMA, cuyo registro sanitario corresponde a medicamento y se identifique con la letra M, y que estén disponibles para su comercialización en el territorio nacional.

La prescripción de medicamentos solo podrá hacerse por personal de salud, debidamente autorizado y por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica. El profesional prescribirá los medicamentos en la denominación requerida según las condiciones de cada paciente, guardando los parámetros de racionalidad y pertinencia, en todos los casos prevalecerá el criterio del médico tratante

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 42 DE 97

respecto a la formulación del paciente El Contratista garantizará el suministro de los medicamentos prescritos en la denominación ordenada por el médico tratante.

La prescripción de medicamentos deberá realizarse atendiendo los criterios de principio activo, concentración, forma farmacéutica y usos o indicaciones específicas autorizadas por el INVIMA

El médico que prescriba el medicamento deberá informar al paciente sobre su vía de administración, forma y condiciones de uso, de lo cual deberá dejar constancia en la fórmula, igualmente deberá informar de los posibles efectos secundarios y riesgos, como también qué hacer cuando estos se presenten.

La persona que entrega el medicamento deberá informar al usuario sobre las condiciones de prescripción, cómo reconstituirlos cuando así se requiera, cómo almacenarlos, cómo medir la dosis y cuándo desecharlos o destruirlos. Por ningún motivo podrá cambiar la concentración, la forma farmacéutica ni la cantidad.

Los medicamentos suministrados deberán cumplir con los requisitos exigidos por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, es decir, Registro Sanitario vigente, presentación en empaque original donde figure: No. de Lote y Fecha de Vencimiento.

Las fórmulas expedidas por los profesionales contratados y subcontratados deberán ser despachadas por las farmacias en forma inmediata, sin requerir aprobación previa por parte del coordinador médico.

Los medicamentos deberán ser entregados dentro del mismo día en que sean prescritos. Se exceptúan los medicamentos para tratamientos de enfermedades de alto costo que podrán ser suministrados dentro de los 10 días siguientes, siempre y cuando no se trate de tratamientos crónicos ya conocidos, los cuales deberán estar disponibles de inmediato.

En ningún caso a los usuarios del Plan de Atención Convencional se les podrá cobrar copago y cuotas moderadoras por la entrega de medicamentos.

Para el acceso efectivo a los medicamentos, el contratista deberá cubrir y garantizar la forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.

El contratista deberá garantizar y disponer todos los equipos o dispositivos médico requeridos para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.

Las formulaciones magistrales ordenadas a los usuarios PAC están cubiertas por este plan y deberán ser garantizadas por el contratista según la prescripción médica.

Son exclusiones del suministro de medicamentos los siguientes:

- Leches maternizadas: Salvo en los casos de tratamiento de hijos de madres infectadas por VIH.
- Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales: Salvo aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 43 DE 97

- Tratamientos nutricionales con fines estéticos
- Medicamentos para la impotencia sexual o la disfunción eréctil
- Medicamentos anorexígenos
- Enjuagues bucales, cremas dentales
- Cepillo y seda dental
- Líquidos para lentes de contacto
- Tratamientos capilares
- Cremas hidratantes, salvo en aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento
- Medicamentos o drogas para la memoria, excepto las aprobadas para el Tratamiento de Enfermedad de Alzheimer.
- Productos Cosméticos. No se consideran cosméticos los productos con actividad terapéutica para una patología definida.
- Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad

4.11.2. Plan de Beneficios de Salud:

La formulación de medicamentos se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, en todos los casos prevalecerá el criterio del médico tratante debidamente sustentado, respecto a la formulación del paciente.

La prescripción de medicamentos solo podrá hacerse por personal de salud, debidamente autorizado y por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y el diagnóstico en la historia clínica.

La prescripción de medicamentos deberá realizarse atendiendo los criterios de principio activo, concentración, forma farmacéutica y usos o indicaciones específicas autorizadas por el INVIMA

El médico que prescriba el medicamento deberá informar al paciente sobre su vía de administración, forma y condiciones de uso, de lo cual deberá dejar constancia en la fórmula, igualmente deberá informar de los posibles efectos secundarios y riesgos, como también qué hacer cuando estos se presenten.

La persona que entrega el medicamento deberá informar al usuario sobre las condiciones de prescripción, cómo reconstituirlos cuando así se requiera, cómo almacenarlos, cómo medir la dosis y cuándo desecharlos o destruirlos. Por ningún motivo podrá cambiar la concentración, la forma farmacéutica ni la cantidad.

Los medicamentos suministrados deberán cumplir con los requisitos exigidos por el MINISTERIO DE SALUD, es decir, Registro Sanitario vigente, presentación en empaque original donde figure: Precio, No. de Lote y Fecha de Vencimiento.

Los medicamentos deberán ser entregados dentro del mismo día en que sean prescritos. Se exceptúan los medicamentos para tratamientos de enfermedades de alto costo que podrán ser suministrados dentro de los 10

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 44 DE 97

días siguientes, siempre y cuando no se trate de tratamientos crónicos ya conocidos, los cuales deberán estar disponibles de inmediato.

Para el suministro de medicamentos a los usuarios del PB se aplicará lo establecido en el Anexo de "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC" vigente para la fecha de formulación del medicamento.

A los usuarios del PBS se les cobrarán las cuotas moderadoras y copagos establecidas por el Fondo

Para el acceso efectivo a los medicamentos, el contratista deberá cubrir y garantizar la forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.

El contratista deberá garantizar y disponer todos los equipos o dispositivos médico requeridos para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.

Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC, se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC y deberán ser garantizadas por el contratista

Son exclusiones del suministro de medicamentos los siguientes:

- Medicamentos, sustancias y dispositivos médicos que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica vigente y aquellos cuyas indicaciones y usos no se encuentren no se encuentren autorizados por la autoridad competente
- Productos Cosméticos. No se consideran cosméticos los productos con actividad terapéutica para una patología definida.
- Leches maternizadas: Salvo en los casos de tratamiento de hijos de madres infectadas por VIH.
- Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales: Salvo aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos
- Líquidos para lentes de contacto
- Tratamientos capilares
- Champús de cualquier tipo
- Jabones
- Cremas hidratantes
- Cremas antisolares o para las manchas en la piel
- Medicamentos o drogas para la memoria, excepto las aprobadas para el Tratamiento de Enfermedad de Alzheimer.
- Medicamentos para la impotencia sexual o la disfunción eréctil
- Medicamentos anorexígenos
- Edulcorantes o sustitutos de la sal
- Enjuagues bucales, cremas dentales
- Cepillo y seda dental
- Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 45 DE 97

En los casos en que requieran medicamentos diferentes a los citados en el PBS y demás que la adicionen o modifiquen, el Médico tratante deberá aplicar el procedimiento establecido en la normatividad vigente.

En este último caso, el contratista deberá aplicar el procedimiento de formulación de medicamentos no incluidos en el PBS ante el MIPRES

Cuando el Contratista no suministre los medicamentos utilizando los procedimientos y plazos establecidos, el Director General del Fondo podrá autorizar la entrega de los mismos en una farmacia de la red del contratista o en una farmacia diferente, descontando el valor de los mismos del pago a realizar al Contratista.

4.12. Suministro de Sangre y sus Derivados:

El contratista garantizará el suministro de sangre y sus derivados requeridos por los usuarios tanto de PAC como de PBS. Para los procedimientos programados se preferirá la donación de sangre por parte de familiares o la autotransfusión, para disminuir el riesgo de infecciones transmitidas por vía hematológica.

Teniendo en cuenta la dificultad que se presenta para la consecución de sangre, el Contratista realizará las gestiones tendientes a conseguirla, pero en caso de no lograrlo, se solicitará a la familia la consecución de los donantes, salvo los casos de urgencia.

Lo anterior no puede convertirse en un obstáculo para la atención de los usuarios, por cuanto el suministro de sangre será en todos los casos responsabilidad del contratista.

4.13. Atención Básica de Enfermería:

Para los usuarios de PAC y PBS, El Contratista brindará los servicios básicos de enfermería, tales como inyectología, vacunación, curaciones, actividades de promoción y prevención, etc., en todos los puntos de atención ambulatoria por personal debidamente acreditado.

De igual manera, el personal de enfermería deberá hacer énfasis en actividades de educación propias de la implementación de las diferentes Rutas integrales de salud priorizadas por el Fondo, teniendo en cuenta el enfoque psicosocial y diferencial.

Este servicio podrá ser propio o subcontratado en IPS debidamente habilitadas de cada punto de atención

4.14. Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico:

Tanto para los usuarios del PAC como del PBS El Contratista garantizará la prestación de estos servicios, en los

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 46 DE 97

siguientes términos a partir de la fecha de la solicitud por el médico tratante:

- Laboratorio clínico: Toma de muestras: 1 día hábil
- Procedimientos diagnósticos de baja complejidad: 3 días
- Procedimientos diagnósticos de mediana complejidad: 7 días
- Procedimientos diagnósticos de alta complejidad: 15 días

En todos los casos, los resultados deberán ser reportados oportunamente de acuerdo al estudio requerido, salvo aquellos que por su complejidad requieran un tiempo prudencial sin que esto implique una demora no justificada, para lo cual se establecen como tiempos para entrega de resultados los siguientes:

- Laboratorio clínico: 2 días posteriores a la toma de muestra. se exceptúan laboratorios de alta complejidad que requieren mayores tiempos para el procesamiento
- Radiología simple y especializada: 4 días posteriores a la realización del estudio radiológico

Cuando se detecte falta de oportunidad en realización de exámenes y procedimientos de diagnóstico por parte del Contratista, el Director General del Fondo podrá ordenarlos en una IPS de la red del contratista o en una IPS diferente, y su valor será descontado del contrato respectivo

4.14.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles y Puertos:

Los usuarios del PAC tienen derecho a todos los exámenes y procedimientos de diagnóstico existentes y debidamente aprobados en el territorio nacional que no sean de carácter experimental y que sean requeridos para el adecuado diagnóstico y tratamiento, entre los que se incluyen:

- Laboratorio Clínico,
- Anatomía Patológica,
- Imágenes Diagnósticas: Radiografías, Ecografías, Ecocardiogramas, Mamografías, Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear.
- Electrocardiograma, Holter, Prueba de Esfuerzo, Electroencefalograma
- Laparoscopia Diagnóstica (Previa valoración anestésica)
- Endoscopias: Vías digestivas, respiratorias y urinarias
- Exámenes de Medicina Nuclear
- Exploraciones Eléctricas
- Espiometrías
- Campimetrías
- Audiometrías

El contratista asumirá el costo de reactivos, medios de contraste y medicamentos preparatorios para la realización de los exámenes diagnósticos

4.14.2. Plan de Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 47 DE 97

Para los usuarios del PBS se incluyen los exámenes y procedimientos de diagnóstico establecidos en la normatividad vigente a la fecha de realización del procedimiento

4.15. RIA Cardio cerebro vascular y metabólica y Programa de Riesgo Cardiovascular del FPSFCN:

Teniendo en cuenta que según el perfil epidemiológico de la población afiliada al FPSFCN y los reportes de usuarios con ERC en estadios 1 a 5, la prevalencia del ERC es de 95.1 x 100.000 habitantes comparado con la prevalencia promedio país que es de 66.67 x 100.000 habitantes, la entidad ha priorizado la RIA cardio cerebro vascular y metabólica y el Programa de ERC, que deberá ser implementado por los contratistas en todas las localidades de la División con todos sus componentes según lo establecido en los Anexos 03 y 04 Modelo de Atención y Rutas de Atención del presente documento y las GPC aprobadas por el Ministerio de Salud.

Dando cumplimiento a lo definido en la Ruta de Atención Cardio Cerebro Vascular y Metabólico y los lineamientos definidos por la Cuenta de Alto Costo, el contratista deberá cumplir la periodicidad de realización de actividades establecidas y el seguimiento permanente de los usuarios.

De igual forma para cumplir la obligatoriedad de reporte de información de ERC definida en la Resolución 2463 de 2014 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, deberá realizar el seguimiento y consolidación de la información establecida y remitirla en la periodicidad definida en el presente documento. Así mismo, deberá soportar la información de los datos reportados en el informe de ERC, mediante presentación de historia clínica, epicrisis, relación de costos y demás documentos soporte de la atenciones realizadas en las fechas de auditoria definidas por la Cuenta de Alto Costo: El responsable del reporte de información y soporte de las auditorias será el Responsable de Seguimiento de Cohortes y Consolidación de Información de Patologías de Alto Costo

Una vez realizado el análisis de la información reportada a la Cuenta del Alto Costo, evaluado el desempeño en la gestión del riesgo y atención e los usuarios según los mecanismos de distribución de recursos establecidos por el Ministerio de Salud, el FPSFCN procederá a evaluar el desempeño de cada uno de los contratistas, definiendo el cumplimiento de los indicadores de gestión del riesgo para cada regional. En caso de que el FPSFCN debe realizar devolución de recursos por no gestión adecuada del riesgo y cumplimiento de los indicadores definidos, procederá a descontar al(os) contratista(s) de forma proporcional al incumplimiento.

4.16. Atención Integral del Cáncer, RIA de cacner de carvix y mama

La Ley 1384 de 2010 “Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”, que tiene por objeto: “Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 48 DE 97

prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo”

Para dar cumplimiento a lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular 004 de 2014, en la cual se imparten instrucciones para dar cumplimiento a las normas en materia de atención a usuarios con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer, dentro de las cuales el Contratista deberá garantizar:

- **Atención oportuna:** Deberá garantizarse a los usuarios con sospecha y diagnóstico de cáncer atención oportuna, sin que se presenten retrasos que pongan en peligro su vida o su salud. El contratista no podrá negar o dilatar la atención o asistencia médica requerida, y la asignación de las citas deberá ser gestionada y optimizada de forma prioritaria por el contratista. La atención oportuna incluye la gestión de los tratamientos ordenados por los especialistas, así como la entrega de los medicamentos requeridos. El Fondo realizará seguimiento al cumplimiento de la oportunidad.
- **Atención especial en niños:** Los menores con sospecha o diagnóstico de cáncer cuentan con protección reforzada constitucional en salud, por lo que el contratista deberá brindarles atención prioritaria e inmediata. Los servicios desde el diagnóstico hasta el fin del tratamiento de menores, deben ser autorizados de inmediato independiente del nivel de complejidad al que pertenezcan. Para los casos de menores con diagnóstico o sospecha de leucemia, el contratista dará estricto cumplimiento a lo definido en la Ruta de Atención Integral para menores de 18 años /Resolución 418 de 2014 y demás normatividad que la adicione o modifique)
- **Autorización Integral:** Las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer se harán una única vez para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo y ordenados por el especialista tratante. Para aquellos casos en que el oncólogo prescriba quimioterapia o radioterapia por fuera de protocolos definidos, la autorización deberá cubrir como mínimo los ciclos a realizar durante los siguientes seis (6) meses contados a partir de la fecha de solicitud de la autorización. En todos los casos los trámites que genere esta atención integral, no podrá ser trasladada por el contratista al paciente o a sus allegados, sino que será entera responsabilidad del contratista, para lo cual deberá disponer los medios tecnológicos requeridos para la recepción y trámite de las órdenes y autorizaciones vía electrónica y en comunicación directa con las IPS responsables de la atención.
- **Rehabilitación integral:** El contratista deberá suministrar a los pacientes con presunción o diagnóstico de cáncer, servicios de terapia física, psicológica o social a cada paciente. Para este efecto todos los pacientes con diagnóstico de cáncer deberán ser valorados por psiquiatría y nutrición mínimo una vez al año. De igual manera, en los casos en que por su diagnóstico de cáncer requieran terapias, se deberá priorizar esta atención, garantizando siempre la realización completa de los tratamientos. Igualmente, en el caso de los menores, se deben garantizar los servicios de apoyo social, atención en hogar de paso y transporte en los casos en que el profesional tratante lo considere pertinente, de acuerdo con lo establecido en la normatividad.
- **Continuidad del tratamiento:** El contratista debe garantizar los tratamientos de usuarios con sospecha o diagnóstico de cáncer mediante una secuencia lógica y racional de actividades basadas en el concepto

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 49 DE 97

del médico tratante. En ningún caso podrá interrumpir los tratamientos por razones de índole administrativo o económico.

- Servicios de promoción y prevención: El contratista priorizará la prestación de los servicios dirigidos al control de factores de riesgo y detección temprana de cáncer. Igualmente deberá garantizar acciones de promoción y prevención con el fin de reducir el riesgo de los pacientes y realizar tratamientos oportunos.
- Tratamiento de cuidado paliativo: El contratista garantizará a todos los usuarios con diagnóstico de cáncer el cuidado paliativo de acuerdo a lo ordenado por el médico tratante. Este cuidado incluye la prestación de los servicios de atención domiciliar que se consideren pertinentes con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población afiliada al FPSFCN y los reportes de usuarios con cáncer, la entidad ha priorizado la RIA de cáncer de cérvix y de mama, incluido el Programa de Cáncer de Próstata, que deberá ser implementado por los contratistas en todos los puntos de atención de la Regional con todos sus componentes según lo establecido en los Anexos 03 y 04 Modelo de Atención y Rutas de Atención del presente documento y las GPC aprobadas por el Ministerio de Salud.

Dando cumplimiento a los lineamientos de atención de cáncer, el contratista debe garantizar la realización de todos los procedimientos, actividades e intervenciones requeridas desde la fase de tamización de cáncer (Ver RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud), promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de forma oportuna, sin generar retrasos de tipo administrativo que conlleven falta de oportunidad y continuidad en la atención e estos usuarios.

Para garantizar la atención integral del cáncer, el contratista deberá contar con una red específica para atención de pacientes con cáncer de acuerdo a lo definido en los pliegos, que garantice la referencia y contra referencia oportuna e integral de los usuarios.

De igual manera, el contratista deberá reportar la información relacionada con usuarios con diagnóstico de cáncer según lo definido en la Resolución 247 de 2014 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, y realizar el soporte de los datos consignados en el informe con historia clínica, epicrisis, relación de costos y demás documentos soporte de las atenciones realizadas en las auditorías programadas por la Cuenta de Alto Costo. El responsable del reporte de información y soporte de las auditorías será el Responsable de Seguimiento de Cohortes y Consolidación de Información de Patologías de Alto Costo

Una vez realizado el análisis de la información reportada a la Cuenta del Alto Costo, evaluado el desempeño en la gestión del riesgo y atención e los usuarios según los mecanismos de distribución de recursos establecidos por el Ministerio de Salud, el FPSFCN procederá a evaluar el desempeño de cada uno de los contratistas, definiendo el cumplimiento de los indicadores de gestión del riesgo para cada regional. En caso de que el FPSFCN debe realizar devolución de recursos por no gestión adecuada del riesgo y cumplimiento de los indicadores definidos, procederá a descontar al(os) contratista(s) de forma proporcional al incumplimiento.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 50 DE 97

4.16.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles y Puertos:

El Contratista prestará oportunamente a los usuarios que lo requieran, todos los servicios en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para manejo del cáncer, en IPS(s) habilitadas para ello, incluyendo todos los tratamientos existentes en el país y aprobados por las asociaciones médico científicas que no sean de carácter experimental.

Con el fin de dar cumplimiento, cuando se detecte falta de oportunidad en tratamientos oncológicos por parte del Contratista, el Director General del Fondo podrá ordenarlos en una IPS de la red del contratista o en una IPS diferente, y su valor será descontado del contrato respectivo

4.16.2. Plan de Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

El Contratista prestará oportunamente a los usuarios que lo requieran los servicios en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para manejo del cáncer, definidos en el Plan de Beneficios en Salud por la normatividad vigente.

Cuando se detecte falta de oportunidad en tratamientos oncológicos por parte del Contratista, el Director General del Fondo podrá ordenarlos en una IPS de la red del contratista o en una IPS diferente, y su valor será descontado del contrato respectivo

4.17. Tratamiento para la infección por VIH, el SIDA y sus complicaciones:

El Contratista brindará todos los servicios de salud a las personas con diagnóstico de VIH y SIDA.

Para el tratamiento específico de la infección por VIH y SIDA se prestarán oportunamente todos los servicios en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de acuerdo con lo establecido en las GPC y documentos del Ministerio de Salud y los lineamientos de la Cuenta de Alto Costo mediante Resolución 273 de 2019.

Dentro de las intervenciones a realizar a la población, el contratista debe garantizar la oportunidad de las actividades de gestión del riesgo, garantizando el cumplimiento oportuno de los procedimientos de diagnóstico y seguimiento y el tratamiento permanente y oportuno según lo ordenado por el médico tratante

Cuando se detecte falta de oportunidad en estos tratamientos por parte del Contratista, el Director General del Fondo podrá ordenarlos en una IPS de la red del contratista o en una IPS diferente, y su valor será descontado del contrato respectivo

De igual manera, el contratista deberá reportar la información relacionada con usuarios con diagnóstico de VIH,

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 51 DE 97

SIDA según lo definido en la Resolución 273 de 2019 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, y realizar el soporte de los datos consignados en el informe con historia clínica, epicrisis, relación de costos y demás documentos soporte de las atenciones realizadas en las auditorias programadas por la Cuenta de Alto Costo. El responsable del reporte de información y soporte de las auditorias será el Responsable de Seguimiento de Cohortes y Consolidación de Información de Patologías de Alto Costo

Una vez realizado el análisis de la información reportada a la Cuenta del Alto Costo, evaluado el desempeño en la gestión del riesgo y atención de los usuarios según los mecanismos de distribución de recursos establecidos por el Ministerio de Salud, el FPSFCN procederá a evaluar el desempeño de cada uno de los contratistas, definiendo el cumplimiento de los indicadores de gestión del riesgo para cada regional. En caso de que el FPSFCN debe realizar devolución de recursos por no gestión adecuada del riesgo y cumplimiento de los indicadores definidos, procederá a descontar al(os) contratista(s) de forma proporcional al incumplimiento

4.17.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles y Puertos:

El Contratista suministrará todos los medicamentos aprobados por el Ministerio de Salud en los protocolos de manejo sin importar si estos se encuentran o no dentro del Plan de Beneficios de Salud.

4.17.2. Plan de Beneficios en Salud:

El Contratista suministrará todos los medicamentos requeridos para el tratamiento específico de estas patologías según lo establecido en la normatividad vigente de PBS. Igualmente los tratamientos se ajustarán a los cambios que se presenten en materia de legislación al respecto.

4.18. Atención Paliativa:

Son los cuidados pertinentes para la atención en salud del paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal

Dentro de la Atención paliativa se incluyen los servicios y tecnologías de salud para cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 de la Resolución 3512 de 2019 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Para los usuarios de PBS se incluyen las actividades incluidas en dicho plan por la normatividad vigente al momento de la atención

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 52 DE 97

4.19. Suministro de Lentes para Anteojos:

4.19.1 Plan de Atención Convencional Ferrocarriles:

El Contratista suministrará lentes para anteojos correctores externos en vidrio o plástico para corrección de alteraciones oculares a partir de la última fecha de formulación, siempre que por razones médicas sea necesario su cambio una vez al año

El Contratista deberá entregar los lentes y adaptarlos a la montura de acuerdo a la formulación y con todas las especificaciones indicadas por el profesional que formen parte del tratamiento ordenado y que se requieran según la patología presentada por el usuario.

Los lentes deberán suministrarse al usuario dentro de los diez (10) días siguientes a su prescripción.

4.19.2. Plan de Atención Convencional Puertos:

El Contratista suministrará lentes para anteojos siempre y cuando exista disminución de capacidad visual sustentada mediante indicación del profesional, siguiendo lo establecido en la CCT de cada Puerto así:

- **Santa Marta, Barranquilla, Cartagena y Bocas de Ceniza:** El Contratista deberá suministrar de anteojos, lentes de contacto y lentes intraoculares a los pensionados y sus familiares que hayan disminuido su capacidad visual, cada vez que la misma sea establecida por el profesional tratante el las siguientes condiciones:

- El total del valor de los lentes
- El valor de las monturas hasta el equivalente a 10 días del Salario Mínimo Legal Vigente.

En caso de rotura o deterioro, no habrá derecho a reconocer los mismos.

- **Tumaco.** El Contratista deberá suministrar de anteojos y lentes intraoculares a los pensionados y sus familiares que hayan disminuido su capacidad visual, cada vez que la misma sea establecida por el profesional tratante el las siguientes condiciones:

- El total del valor de los lentes
- El valor de las monturas hasta el equivalente a 10 días del Salario Mínimo Legal Vigente.

En caso de rotura o deterioro, no habrá derecho a reconocer los mismos.

- **Bogotá, D.C.:** El suministro de anteojos se prestará a favor de pensionados y familiares, cada vez que haya una agudización del defecto visual de acuerdo con el médico tratante, reconociendo el valor total de los lentes y hasta por DIECISEIS MIL PESOS (\$16.000.00) por la montura.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 53 DE 97

No hay lugar al reconocimiento de lentes de contacto, pero habrá lugar a la reposición de anteojos cuando estos se rompan y en las cuantías determinadas.

- **Cali y Buenaventura:** El Contratista deberá suministrar anteojos, lentes de contacto y lentes intraoculares a los pensionados y sus familiares que hayan disminuido su capacidad visual, cada vez que la misma sea establecida por el profesional tratante el las siguientes condiciones:
 - El total del valor de los lentes
 - El valor de las monturas hasta el equivalente a 20 días del Salario Mínimo Legal Vigente.

En caso de rotura o deterioro, no habrá derecho a reconocer los mismos

El Contratista deberá entregar los lentes y adaptarlos a la montura de acuerdo a la formulación y con todas las especificaciones indicadas por el profesional que formen parte del tratamiento ordenado y que se requieran según la patología presentada por el usuario.

Los lentes deberán suministrarse al usuario dentro de los diez (10) días siguientes a su prescripción

Para el suministro de monturas, la calidad de las mismas estará sujeta a evaluación y aprobación previa por el Fondo. Para tal efecto, el Contratista antes de suministrar al usuario estos elementos, deberá remitir al Fondo la documentación que permita realizar esta evaluación, conformada por muestras de referencias de sesenta (60) tipos de monturas. El Fondo realizará la evaluación correspondiente y procederá a autorizar las monturas a suministrar. La fecha para entrega de estas muestras será quince (15) días después del inicio del contrato. En caso de no aprobarse las monturas remitidas por el Contratista el Fondo a través del Médico Médico Especialista o Auditor ordenará su entrega por parte de una óptica particular descontando su valor del contrato respectivo.

El mismo procedimiento anterior se utilizará en el caso de establecerse que el Contratista está suministrando monturas no evaluadas y autorizadas por el Fondo.

4.19.3. Plan de Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

El Contratista suministrará lentes para anteojos correctores externos en vidrio o plástico así:

- Una vez cada año a los menores de doce (12) años
- Una vez cada cinco (5) años a los mayores de doce (12) años

El Contratista deberá entregar los lentes y adaptarlos a la montura de acuerdo a la formulación y con todas las especificaciones indicadas por el profesional que formen parte del tratamiento ordenado según la patología presentada por el usuario. No se reconocerán materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros y/o colores y películas especiales que no se requieran expresamente para el manejo de la patología presentada

Para usuarios POS los lentes deberán suministrarse al usuario dentro de los ocho (8) días calendario siguientes a su prescripción en la localidad central y diez (10) días calendario en la provincia.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 54 DE 97

El contratista no suministrará monturas, ni lentes de contacto.

4.20. Suministro de Complemento Terapéutico:

Se definen como elementos de este tipo, aquellos cuya finalidad sea la de mejorar la calidad de vida y complementar la capacidad fisiológica o física del paciente.

Cuando se detecte falta de oportunidad en suministro de complemento terapéutico por parte del Contratista, el Director General del Fondo podrá ordenarlos en una IPS de la red del contratista o en una IPS diferente, y su valor será descontado del contrato respectivo

4.20.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles y Puertos:

El contratista suministrará cuando exista concepto por escrito del médico tratante todos los elementos de complemento terapéutico requeridos para el tratamiento. Además de los establecidos en el plan de beneficios, que incluye prótesis, ortesis, material de osteosíntesis, marcapasos, prótesis valvulares y articulares, muletas, caminadores, bastones y otras estructuras de soporte para caminar, kits de colostomía (bolsas de ostomía, barreras, pinza y cemento), audífonos y kit de glucometría según la indicación del médico tratante de la siguiente manera:

- Para los pacientes diabéticos tipo I que se encuentran en manejo con insulina se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 100 tirillas y 100 lancetas mensuales
- Para los pacientes diabéticos tipo II que se encuentran en manejo con insulina se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 50 tirillas y 50 lancetas mensuales

Se incluyen los siguientes elementos:

- Edulcorantes por prescripción médica para pacientes con alteraciones de glicemia u otras patologías que requieran específicamente el suministro de estos, en cantidad de 120 tabletas o sobres por mes
- Jeringas desechables (de acuerdo al tratamiento formulado).
- Lentes intraoculares
- Férulas, Inmovilizadores, Fajas, Corsé.
- Plantillas y Zapatos Ortopédicos una vez por año, o cuando por concepto médico se requiera debido al cambio del tamaño del pie
- Prótesis mamaria externa cuando se haya practicado mastectomía después de la afiliación a los servicios de salud.
- Medias elásticas de gradiente de presión progresiva una vez cada seis meses.
- Alimentación parenteral a los usuarios cuya patología lo requiera.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 55 DE 97

El contratista suministrará en calidad de préstamo durante el periodo requerido para el tratamiento de la enfermedad según indicación del médico tratante, entre otros los siguientes elementos:

- Sillas de Ruedas Estándar, Cuellos Ortopédicos, Tutores.
- Balas de Oxígeno y sistema de suministro, y/o generadores de oxígeno que serán suministrados de acuerdo al Protocolo de Oxigenoterapia.

Los elementos que requieran la toma de medidas deberán ser suministrados en el término de quince días calendario, los restantes serán de entrega inmediata salvo que no se disponga de ellos en la localidad en cuyo caso la entrega se hará dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a su indicación.

Una vez superado el periodo definido por el Médico Tratante, el usuario deberá devolver los elementos prestados. El control de este servicio será implementado por el contratista.

4.20.2. Plan de Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

El Contratista suministrará a los usuarios del PBS los elementos de complemento terapéutico incluidos en el plan y demás normas que los modifiquen o adicionen, dentro de los que se incluyen:

1. Kits de colostomía (bolsas de ostomía, barreras, pinza y cemento)
2. kit de glucometría según la indicación del médico tratante de la siguiente manera:
 - Para los pacientes diabéticos tipo I que se encuentran en manejo con insulina se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 100 tirillas y 100 lancetas mensuales
 - Para los pacientes diabéticos tipo II que se encuentran en manejo con insulina se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 50 tirillas y 50 lancetas mensuales

4.21. Servicio de Ambulancia:

Para los usuarios del PAC y PBS, el contratista prestará este servicio en los siguientes casos:

1. Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.
2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos se cubrirá el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia. cuando se requiera la movilización de pacientes como parte del traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud de los pacientes remitidos en los casos de carácter necesario, los cuales serán

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 56 DE 97

definidos por el médico tratante.

El contratista garantizará el servicio de traslado en el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente

En los casos de pacientes que se encuentren en hospitalización médica o quirúrgica, al momento de dar la orden de alta el Médico tratante deberá determinar claramente la necesidad o no de transporte en ambulancia según las condiciones del mismo, sin esta definición de transporte por parte del Médico tratante no podrá ser dado de alta el usuario.

En aquellos casos en que se presente inconformidad con la decisión del Médico tratante, se procederá a informar al Médico Especialista o Auditor, quien determinará la necesidad o no de la misma, decisión que deberá ser acogida por el Contratista.

El servicio de ambulancia deberá contar con la dotación técnica y el recurso humano necesarios para atender al paciente durante su movilización.

4.22. Otros transportes:

4.22.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles:

Solamente en casos de imposibilidad justificada para contratar una especialidad en una localidad o la no existencia de la especialidad en forma integral que garantice la total atención de los usuarios, situación que será evaluada y determinada por el Médico Especialista o Auditor del Fondo, el contratista podrá desplazar al usuario a otra localidad existiendo el recurso en la localidad de origen, para lo cual asumirá los costos de transporte y estadía del paciente y acompañante si se requiere (la necesidad de acompañante está determinada por el estado de salud y la edad del paciente, mayores de 60 años y menores de edad), siempre y cuando la localidad a la cual debe desplazarse se encuentre a 40 o más kilómetros de distancia, aplicando las siguientes tarifas:

- **Transporte:** El valor del transporte intermunicipal
- **Gastos de Estadía:** El equivalente a dos salarios diarios mínimos legales vigentes por cada día que el usuario deba permanecer en la otra localidad.

Estos recursos deberán ser cancelados al usuario en forma previa al desplazamiento y en efectivo.

Cuando un paciente sea remitido fuera de su lugar de residencia y por causa de la enfermedad que motiva la remisión fallezca, el contratista asumirá la preparación del cadáver, trámites y traslado del cadáver a su lugar de origen.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 57 DE 97

4.22.2. Plan de Atención Convencional Puertos:

En los casos de remisión fuera de la localidad, el Contratista reconocerá los gastos de transporte y un auxilio económico según la CCT de cada Puerto así:

- Tumaco:** Cuando de acuerdo con el dictamen del médico tratante del Contratista se ordene tratamiento ambulatorio fuera del sitio de atención, este reconocerá al paciente los pasajes y un auxilio equivalente al valor mínimo de la Tabla de viáticos, siempre que el usuario no sea hospitalizado. En caso de suma gravedad o si las condiciones físicas o mentales del paciente no permiten su desplazamiento solo, siendo necesario el acompañamiento de un familiar a juicio del médico tratante o auditor del Fondo, y en menores de quince años, el Contratista reconocerá los pasajes y el auxilio tanto al enfermo como al acompañante (Artículo 69 CCT). Si se trata de pacientes no menores de edad que requieren de este acompañamiento, pero que no están en estado de suma gravedad, el Contratista podrá relevarse de esta obligación siempre y cuando asuma la responsabilidad a través de sus funcionarios por el acompañamiento del paciente durante todo el tiempo de permanencia de aquel en la localidad a la cual sea remitido. El valor mínimo de la Tabla de Viáticos vigente al momento en que expiró la Convención Colectiva de Trabajo -1992- era de quince mil ochocientos (\$15.800.00) pesos (Decreto 41/93)
- Buenaventura y Cali:** Cuando de acuerdo con el dictamen médico del médico tratante del Contratista se ordene tratamiento ambulatorio fuera del sitio de atención, este reconocerá el transporte al paciente remitido. En los casos en que según el mismo dictamen médico se requiera acompañante se reconocerá el transporte al mismo y un auxilio económico equivalente a cuatro mil pesos (\$4.000,00) diarios para la ciudad de Cali y siete mil pesos diarios (\$7.500,00) para Bogotá. En los casos en que el beneficiario se traslade sin requerir acompañante, se reconocerá el anterior auxilio económico al usuario. Este auxilio económico cesará el mismo día que el paciente quede hospitalizado y durante el tiempo de hospitalización (Artículo 73 CCT).
- Barranquilla, Santa Marta, Cartagena y Bocas de Ceniza:** Cuando de acuerdo con el dictamen médico del médico tratante del Contratista se ordene tratamiento ambulatorio fuera del sitio de atención, este reconocerá al paciente el transporte. En los casos en que según el mismo dictamen médico se requiera acompañante y en menores de edad se reconocerá el transporte al mismo y un auxilio económico que para Cartagena, Barranquilla y Bocas de Ceniza será de siete mil trescientos veinticuatro pesos diarios (\$7.324,00) cuando los traslados sean a otras ciudades de la costa atlántica y nueve mil setecientos sesenta y cinco pesos diarios (\$9.765,00) para Bogotá y otras ciudades del interior del país; y para Santa Marta de cinco mil setecientos diecinueve pesos (\$5.719,00) en el primer caso y siete mil quinientos veinticinco pesos (\$7.525,00) para el segundo caso. En los casos en que el beneficiario se traslade sin requerir acompañante, se reconocerá el anterior auxilio económico al usuario. Este auxilio económico cesará el mismo día que el paciente quede hospitalizado y durante el tiempo de hospitalización (Artículo 131 CCT)

En los casos en que se establece auxilio económico, este se reconocerá los días de desplazamiento de ida y regreso y los días de permanencia extrahospitalaria.

Estos recursos deberán ser cancelados al usuario en forma previa al desplazamiento y en efectivo.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 58 DE 97

Cuando un paciente sea remitido fuera de su lugar de residencia y por causa de la enfermedad que motiva la remisión fallezca, el contratista asumirá la preparación del cadáver, trámites y traslado del cadáver a su lugar de origen.

4.22.3. Plan de Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

Solamente en casos de imposibilidad justificada para contratar una especialidad en una localidad o la no existencia de la especialidad en forma integral que garantice la total atención de los usuarios, situación que será evaluada y determinada por el Médico Especialista o Auditor del Fondo, el contratista podrá desplazar al usuario a otra localidad existiendo el recurso en la localidad de origen, para lo cual asumirá los costos de transporte y estadía del paciente y acompañante si se requiere (la necesidad de acompañante está determinada por el estado de salud y la edad del paciente, mayores de 60 años y menores de edad), siempre y cuando la localidad a la cual debe desplazarse se encuentre a 40 o más kilómetros de distancia, aplicando las siguientes tarifas:

- **Transporte:** El valor del transporte intermunicipal
- **Gastos de Estadía:** El equivalente a dos salarios diarios mínimos legales vigentes por cada día que el usuario deba permanecer en la otra localidad.

4.23. Programa de Atención Domiciliaria:

El contratista deberá prestar servicios de salud domiciliarios en todos los puntos de atención donde se encuentre habilitado el servicio a los pacientes que por su estado de salud, de acuerdo al criterio médico, se encuentren incapacitados crónica o temporalmente para desplazarse a los sitios de atención,.

Para los pacientes crónicos se realizará evaluación del Índice de Barthel, incluyendo aquellos usuarios que tengan un índice menor a 35 puntos. Este servicio incluye valoración médica general de acuerdo a la necesidad del paciente, y, por lo menos una vez al mes para todos los usuarios.

Este servicio se deberá brindar en los sitios de atención donde esté habilitado, por un equipo multidisciplinario integrado por Medicina General, Psicología, Nutrición, Terapia Física, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Enfermería.

Las actividades a realizar corresponderán a un plan de manejo definido por el médico tratante acorde con los servicios disponibles en el punto de atención.

Dentro de las actividades incluidas en el Programa de Atención Domiciliaria se encuentra la Capacitación a Cuidadores de pacientes crónicos y la implementación de escalas de valoración y seguimiento al estado de los

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 59 DE 97

cuidadores.

En el caso de los usuarios inscritos en el Plan de Atención Domiciliaria y como quiera que se trata de pacientes con limitación para el desplazamiento; los cuales usualmente tienen un tratamiento definido por tratarse de pacientes crónicos; dentro de la misma visita domiciliaria mensual el Contratista garantizará el suministro de los medicamentos mediante los mecanismos de remisión de medicamentos a domicilio. De igual manera, se establecerán los procedimientos para la toma de muestras de laboratorio en el domicilio de los pacientes.

El Contratista deberá reportar al Fondo de Pasivo Social de FCN la información mensual acerca de los usuarios que reciban este tipo de atención, actividades realizadas y seguimientos programados, según el formato y las características definidas por el Fondo.

4. 24. Programa de Detección Temprana y Protección Específica

El Contratista se obliga a prestar las Actividades de Detección Temprana y Protección Específica de acuerdo con lo definido en la norma y en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, el cual es conocido por el contratista y aceptado en su totalidad.

Dando cumplimiento a la normatividad expedida por los entes de control, cuando se realicen modificaciones a los programas de Detección Temprana y protección Específica, el Fondo procederá a ajustar los requerimientos técnicos si fuese el caso, el cual deberá ser implementado por el contratista dentro de los plazos establecidos en la norma realizando los ajustes requeridos para este efecto.

Programa ampliado de inmunizaciones

Para los usuarios de PAC y PBS, El Contratista brindará los servicios de vacunación en todos los puntos de atención ambulatoria por personal debidamente capacitado. Si no se cuenta con IPS en el punto de atención, deberá realizar convenio con las entidades estatales, puestos de salud o IPS que cuenten con servicio de vacunación para el desarrollo de esta actividad.

El contratista deberá tener un responsable por división de realizar los seguimientos a los pacientes del Fondo, siendo responsable de que la población tenga su esquema de vacunación al día para cumplir con las coberturas del 95% de población que exige el Ministerio de Salud, garantizará la vacunación de la población según metas PAI a la población objeto de campaña según lo planeado para el año en curso y garantizará el adecuado registro de información en el aplicativo PAI WEB Ministerio y Distrital Bogotá según corresponda.

Ante la posibilidad de tener pacientes para vacunar de manera domiciliar por imposibilidad para su desplazamiento, coordinará y garantizará el traslado de un equipo de salud para vacunar de manera ambulatoria o a través de contrato con alguna IPS que preste este servicio para realizarla.

Las actividades PAI deberán reportarse al nivel central al fondo en los formatos previamente establecidos para recolección de los mismos, control y repuestas ante requerimientos de entes de control. (Anexo Protocolo de

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 60 DE 97

vacunación PAI FPSFCN)

4.25 Exclusiones:

4.25.1. Plan de Atención Convencional Ferrocarriles y Puertos:

Son exclusiones para los servicios de salud de los usuarios de PAC:

- Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
- Odontología cosmética: Definida como aquellos procedimientos que se realizan con fines estéticos y encaminados al mejoramiento de la apariencia física
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos
- Diagnóstico y Tratamientos para la Infertilidad y/o Impotencia Sexual
- Tratamientos o curas de reposo o del sueño
- Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas
- Tratamiento con medicamentos o sustancias experimentales
- Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos estrictamente necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- Atención que el afiliado se procure por su cuenta sin que haya mediado el contratista, siempre que esta no haya sido de carácter urgente.
- Tratamientos de Implantes en la atención odontológica.
- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias de grupo. Se entiende por psicoterapia prolongada aquella que sobrepasa los treinta (30) días de tratamiento una vez realizado el diagnóstico.
- Pañales para niños y adultos
- Toallas higiénicas
- Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales: Salvo aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento
- Líquidos para lentes de contacto
- Medicamentos anorexígenos
- Enjuagues bucales, cremas dentales
- Cepillo y seda dental
- Tratamientos capilares
- Cremas hidratantes salvo en aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento
- Medicamentos o drogas para la memoria, excepto las aprobadas para el Tratamiento de Enfermedad de Alzheimer.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 61 DE 97

- Productos Cosméticos. No se consideran cosméticos los productos con actividad terapéutica para una patología definida.
- La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo ancianato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida.
- Cuidadores permanentes para pacientes crónicos con alteraciones de movilidad
- Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano

4.25.2. Plan Beneficios de Salud Ferrocarriles y Puertos:

Son exclusiones para los servicios de salud de los usuarios de PBS:

- Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
- Odontología cosmética: Definida como aquellos procedimientos que se realizan con fines estéticos y encaminados al mejoramiento de la apariencia física
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos
- Diagnóstico y Tratamientos para la Infertilidad y/o Impotencia Sexual
- Tratamientos o curas de reposo o del sueño
- Medias elásticas de soporte, corsés y/o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros y/o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes o prótesis necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en la Resolución 5521 de 2013 y demás normas que lo modifiquen o adicionen.
- Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en la Manual de Medicamentos y terapéutica vigente.
- Tratamiento con medicamentos o sustancias experimentales
- Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el Acuerdo 008 de 2009 y demás normas que lo modifiquen o adicionen.
- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias de grupo. Se entiende por psicoterapia prolongada aquella que sobrepasa los treinta (30) días de tratamiento una vez realizado el diagnóstico.
- Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, prótesis y blanqueamiento dental en la atención odontológica
- Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas
- Actividades, intervenciones y procedimientos para las enfermedades crónicas degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, procedimientos e intervenciones deben estar contemplados en la Resolución 5521 de 2013 y demás normas que los modifiquen o adicionen.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 62 DE 97

- Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos estrictamente necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- Atención que el afiliado se procure por su cuenta sin que haya mediado el contratista, siempre que esta no haya sido de carácter urgente.
- Pañales para niños y adultos
- Toallas higiénicas
- Artículos cosméticos: No se consideran cosméticos los productos con actividad terapéutica para una patología definida.
- Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales: Salvo aquellos casos en que por prescripción médica sean indispensables dentro del tratamiento
- Líquidos para lentes de contacto
- Tratamientos capilares
- Champús de cualquier tipo
- Jabones
- Cremas hidratantes
- Cremas antisolares o para las manchas en la piel
- Medicamentos o drogas para la memoria, excepto las aprobadas para el Tratamiento de Enfermedad de Alzheimer.
- Medicamentos para la impotencia sexual o la disfunción eréctil
- Medicamentos anorexígenos
- Edulcorantes o sustitutos de la sal
- Enjuagues bucales, cremas dentales
- Cepillo y seda dental
- La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo ancianato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida.
- El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS
- Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en la Resolución 5521 de 2013 y demás normas que lo modifiquen o adicionen.
- Cuidadores permanentes para pacientes crónicos con alteraciones de movilidad
- Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano

4.26. Parámetros oportunidad en la prestación de servicios de salud:

A efectos de la prestación de los servicios de salud descritos anteriormente, el contratista deberá garantizar la prestación de los mismos dentro de los tiempos de oportunidad definidos a continuación:

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 63 DE 97

Tabla- Estándares de Oportunidad

SERVICIO	OPORTUNIDAD
Medicina General	24 horas
Odontología General	72 horas
Pediatria (acceso directo)	72 horas
Ginecobstetricia	7 días
Medicina Familiar para Usuarios Crónicos Complicados y de Alto Riesgo	72 horas
Medicina Interna	7 días
Oftalmología	7 días
Ortopedia	7 días
Urología	7 días
Cirugía general	7 días
Resto especialidades	15 días
Subespecialidades	30 días
Odontología especializada	7 días
Nutrición	7 días
Psicología	7 días
Optometría	7 días
Terapia Física valoración inicial	5 días
Terapia Ocupacional valoración inicial	5 días
Fonoaudiología	7 días

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 64 DE 97

Entrega de medicamentos	Inmediata Pendientes entrega domiciliaria máximo a 48 horas
Oportunidad procedimientos terapéuticos no quirúrgicos baja complejidad	: 5 días
Oportunidad procedimientos terapéuticos no quirúrgicos mediana complejidad	10 días
Oportunidad procedimientos terapéuticos no quirúrgicos alta complejidad	30 días
Oportunidad cirugías	30 días
Oportunidad procedimientos diagnósticos baja complejidad.	3 días. La orden expedida por el médico tratante en la consulta será documento suficiente para su realización, no se podrán solicitar autorizaciones, ni órdenes posteriores
Oportunidad procedimientos diagnósticos mediana complejidad	7 días. Generación de orden de servicios con base en orden médica y asignación de cita para realización debe hacerse dentro del plazo de 7 días definido
Oportunidad procedimientos diagnósticos alta complejidad	15 días. Generación de orden de servicios con base en orden médica y asignación de cita para realización debe hacerse dentro del plazo de 7 días definido
Oportunidad lentes para anteojos	10 días
Oportunidad complemento terapéutico sin medidas	5 días
Oportunidad complemento terapéutico con medidas	15 días

4.27. Preexistencias

Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar que existía a la fecha de afiliación del usuario, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la afiliación sobre bases científicas sólidas.

No se podrán aplicar preexistencias a los pensionados y beneficiarios del Fondo.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 65 DE 97

Cuando se encuentre que el contratista aplique preexistencias a algún usuario, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 100/93, artículo 164, en su único párrafo, el Fondo pondrá este hecho en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, quien aplicará la sanción correspondiente.

4.28. Remisiones e Interconsultas:

Se aplicarán las siguientes definiciones:

- **Referencia:**

Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

- **Interconsulta:**

Es el acto mediante el cual cualquier profesional de la salud, a solicitud del médico u odontólogo tratante, emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente.

- **Contrarreferencia:**

Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptores de la referencia dan al prestador que remitió

Para la referencia o interconsulta de pacientes del Fondo, el contratista aplicará las siguientes normas:

- Los usuarios solo serán remitidos fuera de su punto de atención en el caso en que el punto de atención donde es atendido el usuario no contemple el recurso humano o tecnológico requerido. En este caso el contratista deberá remitirlo al lugar más cercano en que exista el servicio, dándole prioridad en el horario de atención. Los usuarios remitidos por ésta razón, deberán correr con los gastos de desplazamiento.
- Si por el contrario la remisión se hace contrariando la norma anterior, los cargos del transporte y estadía serán a cargo del contratista, según lo establecido en este documento
- El incumplimiento de un servicio de salud asignado previamente a usuarios que residan a más de 40 Km. del lugar de atención, dará lugar a que el contratista reconozca el valor de los costos causados por el incumplimiento al usuario y al acompañante si se requiere, el contratista garantizará una nueva consulta en un tiempo no mayor a 72 horas .
- Cuando se realicen procedimientos diagnósticos, hospitalización y tratamiento médico o quirúrgico a un usuario en una localidad de mayor nivel de complejidad a la del punto de atención, será responsabilidad del contratista el envío del resumen de historia clínica o los resultados de los exámenes realizados al sitio de atención para ser incluidos dentro de la historia clínica de su localidad. En ningún caso puede el contratista pretender que el usuario se desplace nuevamente para solicitar estos documentos.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 66 DE 97

- Siempre que se ordene solicitud de referencia o interconsulta por parte del médico tratante, deberá remitirse el usuario al especialista solicitado. No se aceptarán cambios de especialista por parte del Contratista

Para dar cumplimiento a las normas anteriores, el contratista deberá implementar el Protocolo de Referencia y Contrarreferencia definido para el manejo y seguimiento de los usuarios. Como parte del protocolo deberá incluir los formatos utilizados en cada caso, el mecanismo para envío de los formatos y su regreso a los archivos del contratista, el mecanismo utilizado para garantizar que en todos los casos queden debidamente archivados en la historia clínica única de cada usuario.

El fondo verificará el cumplimiento de este Protocolo por parte del contratista periódicamente.

4.29. Reembolsos:

Se reconocerán al usuario los gastos que haya efectuado por su cuenta por concepto de:

- Atención de urgencias en caso de ser atendido en institución no contratada, para lo cual deberá anexar el resumen de historia clínica, la factura cancelada en original y la carta donde solicita el reembolso, siempre y cuando se dé cumplimiento a lo establecido al trámite de urgencias definido en este documento.
- En caso que se demuestre la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte de la entidad contratista para cubrir las obligaciones para con sus usuarios (medicamentos, exámenes de diagnóstico, etc.), siempre y cuando se haya informado al Médico Especialista o Auditor de esta situación, quien lo certificará

El Fondo y el Contratista están relevados de la obligación de reconocer reembolsos por concepto de atención que el usuario se procure por su cuenta.

Para el reconocimiento del valor a reembolsar se aplicarán las siguientes tarifas:

- En caso de atención de urgencias en institución no contratada, se reconocerá el valor de la atención a la tarifa facturada.
- En caso que se demuestre la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte de la entidad contratista para cubrir las obligaciones para con sus usuarios se reconocerá el valor total que el usuario haya cancelado por concepto del servicio.

La solicitud de reembolso la hará el usuario en un plazo máximo de los 15 días hábiles siguientes al hecho cumpliendo el procedimiento que se define a continuación:

- Presentación de la solicitud de reembolso con los soportes respectivos por parte del usuario ante el contratista, quien se abstendrá de recibirlos si no tiene los soportes completos. La solicitud de reembolso

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 67 DE 97

podrá ser presentada vía radicación de documentos o vía correo electrónico al correo del contratista con copia a la oficina del Fondo correspondiente. En todos los casos se deberán adjuntar todos los documentos requeridos y definidos en este documento

- Recibidos estos, sea o no procedente la solicitud de reembolso, el Contratista dispondrá de un plazo máximo de ocho (8) días hábiles para informar al peticionario si considera procedente o no el reembolso, o si el caso requiere de auditoría especial.
- Si transcurrido este plazo el usuario no recibe comunicación por escrito, sobre el particular, se entenderá aceptado y el contratista dispondrá de diez días hábiles para efectuar el reembolso.
- Si la respuesta fuere negativa, y el usuario no está de acuerdo, deberá informar mediante comunicación ante el Médico Especialista o Auditor estos hechos, en un lapso no mayor a diez días hábiles, quien conjuntamente con el contratista revisará nuevamente la solicitud de reembolso y tomará una decisión final que de ser positiva, implicará el reembolso de manera inmediata.

Mensualmente El Contratista deberá reportar el cumplimiento de esta obligación al Fondo. La falta de este reporte implicará que el Fondo dará por entendido que el reembolso no se ha efectuado y la autorización del contratista a El Fondo para proceder a descontar automáticamente tales valores con cargo a los servicios que se le adeuden y por concepto de servicios cancelados más no prestados.

4.30. Servicios Médicos y/o Prestaciones de salud No PBS y No PAC

Se realizará el procedimiento vigente para el registro y reconocimiento y pago de tecnologías no incluidas en el PBS y en el PAC de acuerdo a lo establecido en el MIPRES y al procedimiento definido por el Fondo

4.31. Servicios ordenados por fallos de tutela

Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente y establecer el procedimiento a aplicar para el suministro de tecnologías en salud y servicios complementarios, ordenados por fallo de tutela que se encuentren excluidos de los planes de beneficios en salud de los usuarios del Fondo, el Contratista realizará la prestación de los mismos según la solicitud remitida por el Área de Tutelas del FPSFCN

En el caso de servicios incluidos en los planes de beneficios, que no hayan sido prestados oportunamente por el contratista, y sean ordenados por fallo de tutela, deberá el contratista proceder a su realización inmediata, dando cumplimiento al fallo de tutela, debiendo remitir los soportes requeridos para dar respuesta oportuna a la autoridad competente. En todos los casos será responsabilidad del contratista el cumplimiento oportuno y completo de la prestación de los servicios de salud objeto de incumplimiento.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 68 DE 97

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS QUE AFECTAN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:

5.1. Indicadores de Seguimiento a la Prestación de Servicios de Salud

Con el fin de dar cumplimiento a las normas que reglamentan los servicios de salud y los diferentes indicadores definidos, el Fondo ha establecido el seguimiento a la prestación de los servicios de salud a través de indicadores de oportunidad, de seguimiento, de gestión del riesgo, los cuales se definen en el Anexo de Listado Maestro de Indicadores de Seguimiento a Prestación de Servicios de Salud, que forma parte de este documento.

El cumplimiento de estos indicadores será obligatorio por parte de los contratistas de servicios de salud, y serán incluidos en la evaluación de ejecución del contrato para el pago respectivo.

5.2. Traslados

El traslado de un punto de atención a otro que implique traslado de una región geográfica a otra, se podrá realizar una (1) vez cada seis (6) meses. En los casos en que se requiera un traslado anterior a este tiempo, se evaluará por parte del Fondo de Pasivo Social de FCN la necesidad y se determinará su aprobación o no.

La solicitud de traslado deberá ser realizada por el usuario ante las diferentes oficinas del Fondo, diligenciando la documentación definida para tal fin.

En los casos de traslado de un usuario a quien se diagnostique una patología de tipo catastrófico dentro de los tres (3) meses siguientes a la solicitud de traslado, el contratista donde se encontraba afiliado en el periodo anterior asumirá los costos, siempre y cuando el usuario haya permanecido inscrito en esta división mínimo un año y el per cápita será reconocido a la entidad contratista de la cual se traslado el usuario.

Para los traslados de una localidad a otra dentro de la misma división se seguirá el mismo trámite anterior, a excepción de la efectividad la cual será inmediata.

5.3. Pagos de Cuotas Moderadoras y Copagos:

Únicamente pagarán Cuotas Moderadoras los usuarios que pertenecen a Plan de Beneficios en Salud identificados en la base de datos.. Por ningún motivo podrá el Contratista cobrar Cuotas Moderadoras a los usuarios de Plan: PAC.

Para el cobro de copagos y cuotas moderadoras se aplicará lo establecido por el Fondo de acuerdo con la

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 69 DE 97

normatividad vigente para el periodo de atención.

Al inicio de cada año, el Fondo expedirá el documento que define el cobro y valor de las cuotas moderadoras y copagos a aplicar a los usuarios de Plan de Beneficios en Salud del Fondo, las cuales serán aplicadas en forma inmediata por los contratistas.

5.4. Incapacidades por Enfermedad General y Licencia de Maternidad:

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia como Entidad Adaptada reconocerá Incapacidades por Enfermedad general y Licencias de Maternidad únicamente a los siguientes usuarios:

- Pensionados de Ferrocarriles y de Puertos que se encuentren trabajando y cuyo patrono aporte el 12% al Fondo.
- Cónyuge o compañero(a) permanente de pensionados de Ferrocarriles y de Puertos que trabajen y cuyo patrono aporte el 12% al Fondo.

Para poder realizar el trámite establecido por el Fondo para el manejo de estas incapacidades y licencias, el Contratista debe instruir a todos sus médicos sobre su responsabilidad y la obligación de expedir estas de la siguiente forma:

El Médico Tratante que atiende el paciente deberá expedir la respectiva incapacidad en papelería de la entidad contratista del Fondo, incluyendo la siguiente información:

- Nombre completo del usuario,
- número de documento de identidad,
- diagnóstico claro,
- número de días de incapacidad,
- fecha de expedición,
- determinar si es incapacidad por enfermedad general, licencia de maternidad, accidente de trabajo e enfermedad profesional
- determinar si la atención brindada fue ambulatoria u hospitalaria.

Esta incapacidad debe ser entregada por el Médico Tratante al usuario quien deberá entregarla al empleador para que se inicie el trámite interno ante el Fondo.

No se aceptarán incapacidades expedidas en papelería de subcontratistas, únicamente de la entidad contratada por el Fondo

El original de la incapacidad expedida por el Médico tratante será enviada a la oficina del Fondo correspondiente para la respectiva transcripción.

En los casos de prórroga de incapacidad que acumulen ciento ochenta (180) días se deberá proceder por parte

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 70 DE 97

del Médico Especialista o Auditor a realizar Junta Médica . Esta Junta deberá realizar certificación sobre el proceso de rehabilitación integral que haya recibido el usuario o sobre la improcedencia del mismo, determinando si existe o no posibilidad de rehabilitación y el tiempo que se requiere para la misma o si por el contrario no existe ninguna posibilidad de rehabilitación. Para dar cumplimiento a esta normatividad, el Contratista suministrará los especialistas requeridos para la realización de esta Junta Médica que corresponde a: profesional tratante, rehabilitador y médico laboralista y aquellos que el Médico Especialista o Auditor considere pertinentes según el caso a evaluar, lo cual será informado al Contratista mediante oficio.

Si vencido el plazo para la realización de esta Junta no ha sido posible que el Contratista coordine los profesionales requeridos, el Director General del Fondo procederá a ordenar la realización de la misma a través de especialistas externos y descontará del valor del contrato los honorarios que deba pagar por este concepto.

5.5. Juntas Médicas para Evaluar Usuarios con 120 días de incapacidad consecutivos:

Cada Médico Especialista o Auditor debe realizar el seguimiento de las incapacidades que transcriba, debiendo llevar un control de los días de cada incapacidad y la suma de los mismos en el caso de prórroga. Cuando una incapacidad temporal acumule ciento veinte (120) días mediante prórrogas sucesivas, deberá someterse el usuario a valoración por parte de Junta Médica con participación de los siguientes especialistas de la IPS contratada: profesional de la especialidad tratante, rehabilitador y médico laboralista. Los profesionales de esta Junta Médica deberán ser convocados por el contratista de su lista de especialistas disponible dentro de un plazo no mayor a cinco (5) días calendario después de la solicitud del Médico Especialista o Auditor. Los profesionales de la Junta Médica deberán evaluar el usuario y expedir la certificación sobre el proceso de rehabilitación integral que haya recibido la persona o sobre la improcedencia del mismo, determinando si existe posibilidad de rehabilitación del usuario y el tiempo que se requiere para la misma o si por el contrario no existe ninguna posibilidad de rehabilitación.

Para la realización de esta Junta Médica, el Médico Especialista o Auditor del Fondo debe realizar los siguientes procedimientos:

5.4.1. Conseguir copia o resumen de la historia clínica del usuario en donde consten los antecedentes y el diagnóstico definitivo.

5.4.2. Recopilar los exámenes clínicos, evaluaciones técnicas y demás exámenes complementarios que determinen el estado de salud del afiliado.

5.4.3. Convocar a Junta Médica con participación de los siguientes especialistas de la IPS contratada: profesional tratante, rehabilitador y médico laboralista.

5.4.4. Determinar la Administradora de Fondos de Pensiones a la que está aportando el usuario.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 71 DE 97

Antes del día doscientos (200) deberá ser remitida la información anterior a la Administradora de Fondos de Pensiones respectiva, quien determinará si remite el usuario a la Junta de Calificación de Invalidez correspondiente. Una copia de la remisión a la AFP deberá ser enviada a la Coordinación Prestación Servicios de Salud. En el caso de que el usuario sea pensionado y no esté cotizando en Fondo de Pensiones, la información anterior deberá remitirse al patrono para el trámite pertinente

5.6. Manejo de Accidentes de Trabajo:

En todos los casos de trabajadores activos, el Contratista deberá verificar si las patologías que generen incapacidad corresponden o no a Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales.

Cuando el Contratista detecte que la patología atendida corresponde a un Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional deberá incluir en la respectiva incapacidad la aclaración correspondiente e informar al usuario que debe remitir el Informe de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional al Fondo y a la ARP respectiva donde se encuentra afiliado.

5.7. Programa de Seguridad del Paciente:

La Seguridad del Paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La seguridad constituye una actividad compleja ya que en ella se conjugan los aspectos propios de los sistemas de salud y las acciones humanas. No existen metodologías consensuadas capaces de controlar todas las variables que influyen en la seguridad y tampoco la forma de garantizar la ausencia de eventos adversos asociados a la atención.

Los eventos adversos los resultados clínicos no esperados, involuntarios, que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y al incremento de los costos de no calidad.

La creación de una cultura organizacional en el manejo de eventos adversos, la implementación de prácticas seguras y el trabajo continuo para el mejoramiento de los factores humanos, llevarán a actos clínicos más seguros que se alejen de los resultados clínicos no esperados que suceden a diario en las organizaciones de salud.

Los errores humanos en la práctica de la medicina han estado presentes mucho antes de su institucionalización. Tradicionalmente se han conocido como errores médicos, concepto que ha contribuido a distorsionar el conocimiento de la magnitud del problema y afectar las estrategias de prevención y solución de los mismos, en particular cuando se adoptan conductas persecutorias en las organizaciones de salud.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 72 DE 97

En la medida que se han podido documentar los factores relacionados con la inseguridad de los pacientes en los espacios clínicos, se ha podido comprobar que existe una cadena causal que involucra recursos, procesos, pacientes y prestadores de servicios. Por lo tanto, la solución de los actos inseguros se encuentra en la forma como se organizan y proveen los servicios, y en la conducta y motivación de los que los proveen.

Por lo tanto, el Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia tiene como política: “Prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad de los usuarios, minimizando la ocurrencia de eventos adversos, para lograr ser una organización segura y competitiva. Es prioridad identificar, reportar, analizar y crear barreras de seguridad que permitan brindar una atención de calidad a los usuarios afiliados y a sus familias.” Esta política es de obligatorio cumplimiento para los contratistas responsables de la atención de los usuarios y deben adoptar todas las medidas establecidas por FPS FNC, incluyendo la documentación, socialización, implementación y medición del proceso.

5.8. Concurrencia de otros planes de beneficios:

Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas y en general, con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes, la tecnología en salud deberá ser asumida por estos, en los términos de la cobertura del plan y la normatividad vigente

5.9. Respuesta a correspondencia dirigida por el Fondo al Contratista:

Las comunicaciones dirigidas por los funcionarios del Fondo al Contratista deberán ser contestadas en un término no mayor de ocho (8) días calendario. Cuando no fuese posible resolver o contestar la solicitud en el plazo fijado anteriormente, el contratista deberá informar al funcionario del Fondo los motivos de la demora y señalar la fecha en que se dará la respuesta definitiva.

Para evitar demoras injustificadas por parte del contratista, el Fondo realizará un control permanente de la correspondencia remitida y de los plazos de respuesta.

Para el caso de quejas presentadas ante Superintendencia Nacional de Salud, el plazo para dar respuesta a las mismas se ha establecido un plazo de dos días, motivo por el cual el Contratista se compromete a dar solución a las quejas planteadas y respuesta a las mismas en el término de un día hábil.

5.10. Respuesta a quejas de Supersalud:

Teniendo en cuenta los mecanismos de reporte y seguimiento a quejas presentadas por los usuarios ante la Supersalud, el contratista deberá dar estricto cumplimiento a la respuesta de fondo, es decir solucionando la

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 73 DE 97

dificultad presentada, con los respectivos soportes que evidencien la aplicación de correctivo requerido según el caso.

Según el tipo de trámite realizado por la Supersalud, las quejas se clasifican en dos tipos:

- Quejas presentadas a través del módulo de quejas de la Supersalud, bien sea escritas o telefónicas, el plazo de respuesta por parte del contratista remitiendo al solución de fondo es de tres (3) días hábiles-
- Quejas tramitadas por el SIS (Soluciones Inmediatas en Salud) para casos en que haya riesgo inminente para la vida, casos de sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer, la respuesta por parte del contratista de fondo debe ser suministrada en el mismo día en que se solicita.

5.11. Cambios en red de prestadores de servicios de salud:

El Contratista deberá garantizar la permanencia de la red incluida en la oferta, tanto el recurso humano como físico y la disponibilidad de horas de dedicación exclusiva de los profesionales para la atención de los usuarios del programa.

Cualquier modificación en la red prestadora de servicios de salud o en el recurso humano ofertado inicialmente al Fondo, deberá ser presentada al Médico Especialista o Auditor del contrato para verificación y aprobación siguiendo el proceso descrito a continuación y anexando los documentos exigidos. La modificación realizada sin autorización del Médico Especialista o Auditor del Fondo será considerada una violación unilateral del contrato por el Contratista, considerándose una falta grave en la ejecución del mismo y generará la aplicación de las multas establecidas en el presente documento

5.11.1. Cambios de IPS:

Cualquier modificación deberá ser avalada y autorizada por el Médico Especialista o Auditor del Fondo, para lo cual el Contratista adjuntará la siguiente documentación según sea el caso, mínimo con quince días de anticipación para permitir la revisión:

- Carta de solicitud de autorización del cambio, en la cual se expliquen claramente los motivos que lo generan.
- Si es recurso propio fotocopia del contrato de arrendamiento, fotocopia de escritura o certificado de libertad según sea el caso. Si es subcontratada, fotocopia del contrato o convenio suscrito por el Contratista y el Representante Legal de la entidad subcontratada.
- Copia de la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedida por la Secretaria de Salud de la localidad de la nueva entidad a incluir en la Red de Servicios debidamente presentado ante la Entidad territorial de Servicios de Salud correspondiente.
- Paz y salvo expedido por la entidad que se retira.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 74 DE 97

En todos los casos, el contratista deberá presentar la anterior documentación dentro del tiempo fijado para permitir al Fondo evaluar y emitir la autorización correspondiente, salvo casos de fuerza mayor debidamente justificados, caso en el cual se deberá informar a más tardar el día en que se realice el cambio.

5.11.2. Recurso Humano:

Cualquier modificación deberá ser avalada y autorizada por el médico Médico Especialista o Auditor del Fondo, para lo cual el contratista adjuntará la siguiente documentación según sea el caso, a más tardar el día en que se realiza el cambio para permitir la revisión:

- Carta informando el cambio, en la cual se expliquen claramente los motivos que lo generan.
- Copia de hoja de vida del profesional a contratar, con certificaciones académicas, laborales y tarjeta profesional.
- Copia de carta de compromiso de contratación en la cual se especifique claramente el tipo de actividad que realizará el profesional, las funciones que cumplirá y la disponibilidad de tiempo para la realización de esta actividad.
- Paz y salvo expedido por el profesional que se retira.
- Si el servicio se presta en una IPS no incluida en la red, deberá adjuntar copia de la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedida por la Secretaría de Salud de la localidad de la nueva entidad a incluir en la Red de Servicios debidamente presentado ante la Entidad territorial de Servicios de Salud correspondiente.

En todos los casos, el contratista deberá presentar la anterior documentación dentro del plazo establecido para permitir al Fondo evaluar y emitir la autorización correspondiente, salvo casos de fuerza mayor debidamente justificados, caso en el cual se deberá informar a más tardar el día en que se realice el cambio.

5.11.3. Reporte de cambios a Gestión de Servicios de Salud:

Una vez aprobada la modificación de la red (cambio, adición, exclusión), el contratista deberá reportar la misma en el formato de novedades de red de prestadores al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud, encargada del manejo de la información de la Red Nacional de Prestadores.

5.12. Auditoría por parte del Fondo:

El Fondo ejercerá la Auditoría de control de los servicios de salud brindados por cada contratista, a cargo de un Médico Especialista o Auditor designado por el Director General y/o por la entidad que contrate el fondo para

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 75 DE 97

realizar la interventoría, junto con el personal adicional que el Fondo considere necesario, con el fin de verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente documento y exigir el cumplimiento de los indicadores definidos en el Manual de Garantía de Calidad adoptado por el Fondo.

Para tal efecto, el contratista permitirá a los funcionarios del área de la salud y demás funcionarios designados por el Director General, el acceso a las Instituciones propias y subcontratadas, a las Historias Clínicas y suministrará toda la información necesaria para la evaluación de los servicios de salud.

Igualmente, permitirá el acceso a las oficinas administrativas con el fin de evaluar los contratos en sus aspectos financieros, administrativos y técnicos.

5.13. Comités de seguimiento y Mecanismos de Participación Ciudadana en Salud:

Dando cumplimiento a la normatividad vigente en materia de Participación Ciudadana en Salud, el Fondo establece e implementa los mecanismos de participación ciudadana en salud, dentro de los cuales se encuentran los comités de seguimiento de servicios de salud.

El Fondo y el contratista darán continuidad a los Comités Locales y Regionales de acuerdo a la reglamentación expedida por El Fondo, en donde representantes de las asociaciones de pensionados, los contratistas y el Fondo, realizan seguimiento a la prestación de los servicios de salud con el objeto de dar solución oportuna a las dificultades que se planteen; y generar un sistema de comunicación. Estos comités se regirán por lo establecido en la reglamentación de comités

Para la realización de estos espacios de participación ciudadana, el Fondo define un cronograma, incluyendo las cuatro regionales, en el cual se definen los temas a tratar, las fechas de realización y los funcionarios del contratista que deben asistir. El contratista de la regional deberá suministrar la logística operativa para la realización de estos espacios en coordinación con el Médico Especialista o Auditor.

En cada uno de los comités se generará un acta de compromisos que deberá ser firmada por el Representante del Contratista, que será de obligatorio cumplimiento dentro de los plazos fijados en la misma.

Dando cumplimiento a lo establecido en la Circular Única de la Supersalud, el Fondo debe remitir escaneadas en forma trimestral las actas de Comités de Evaluación realizadas en todas las localidades del país. Para dar cumplimiento a este requerimiento, los Comités Locales deberán realizarse en todos los casos dentro de los primeros diez (10) días calendario de cada mes, realizando el acta correspondiente en los cinco (5) días calendario posteriores para revisión y firma por parte de los asistentes antes del día veinte (20) calendario del mes. Será responsabilidad del Coordinador Local remitir en forma mensual antes del día 25 el acta de comité de evaluación realizada al Médico Especialista Coordinador de la División. Los plazos anteriormente citados serán aplicados también para las actas de Comités Locales en las cuales participa el Médico del Fondo. Antes de finalizar el mes deben los médicos especialistas y auditores remitir a la Coordinación de Prestación de Servicios de Salud copia

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 76 DE 97

de todas las actas realizadas en su área, junto con un oficio en el que se indiquen las ciudades que se incluyen y las que no remitieron acta de comité municipal.

5.14. Manejo de Historias Clínicas:

El Contratista será responsable por delegación del Fondo de la custodia y conservación de las historias clínicas de todos los usuarios, debiendo entregarlas inventariadas al final del contrato a la(s) persona(s) que delegue la Dirección General. Para el manejo general de las mismas se aplicará lo establecido en la Resolución 1995 de 1998 y demás normas que la modifiquen o adicionen como la Resolución 1715 de junio 13 de 2005.

Una vez finalizado el contrato, el contratista se compromete a entregar la totalidad de las historias clínicas al Fondo en el lugar y a los funcionarios designados por el Fondo,. Esta entrega se realizará con la relación de la totalidad de historias clínicas y folios. En el caso de historias clínicas sistematizadas, el Contratista deberá garantizar la entrega de las mismas de tal manera que estén disponibles para consulta y utilización por los médicos tratantes posteriores. Esta entrega de historias clínicas será requisito para la liquidación del contrato.

5.15. Realización de Comités Ad Hoc:

Los Comités Ad Hoc serán realizados cuando, dentro de las labores de auditoría y seguimiento y respuesta de quejas y reclamos presentados por los usuarios, el Médico Especialista o Auditor determine que se debe evaluar la atención dada por la IPS contratista con la participación de especialistas del área tratante del caso. Los Comités Ad Hoc se realizarán en las ciudades donde el Fondo cuenta con oficinas propias. Estarán conformados por un número impar de profesionales de la especialidad objeto de evaluación, mínimo tres (3) y máximo cinco (5), debiendo el Contratista suministrar los profesionales asistentes según la solicitud del Médico Especialista o Auditor, los cuales tendrán que ser ajenos a la atención del caso en evaluación. Para dar cumplimiento a este requisito, el Contratista se compromete a través del Médico Coordinador Regional a garantizar la disponibilidad de los especialistas solicitados por el Médico Especialista o Auditor en la fecha y hora que para tal fin se acuerde en forma conjunta según la disponibilidad de tiempo de los especialistas.

A los mismos asistirá en todos los casos el Médico Especialista o Auditor del Fondo, quien será el coordinador de la realización del Comité y de la discusión que se presente en el mismo, pero no tendrá voto sobre la conclusión dada sobre la atención. De igual manera, podrán asistir el Coordinador Médico de la IPS contratista y los demás funcionarios que se estime pertinente, los cuales tendrán voz pero no voto en la conclusión de la atención dada.

De este comité deberá levantarse un ACTA en el formato establecido para tal fin por la Coordinación del GIT de Prestación de Servicios de Salud, que será responsabilidad del Médico Especialista o Auditor del Fondo, la cual para efectos de agilizar los procesos deberá ser realizada una vez terminado el Comité, con el fin de que sea firmada de una vez por todos los especialistas asistentes.

Para facilitar la realización de estos comités, podrán realizarse utilizando el sistema de video conferencia, en el

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 77 DE 97

cual en la fecha y hora establecida se dispondrán los especialistas en el sitio establecido en cada ciudad, al igual que el médico especialista o auditor del Fondo y evaluarán el caso según los parámetros fijados anteriormente. En estos casos, el acta deberá también realizarse en forma inmediata y remitir escaneada a las diferentes ciudades para la firma de los médicos especialistas participantes.

5.16. Pago de Servicios de Urgencias a IPS:

Teniendo en cuenta las normas vigentes en la materia, el Fondo debe evaluar y proceder a cancelar, si es pertinente, la atención realizada a usuarios afiliados por IPS, siempre y cuando se trate de una atención de urgencias verdadera y se hayan cumplido los parámetros establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008. Para este fin se ha definido el Procedimiento de Autorización de Pago por Urgencias a IPS.

Dando aplicación al mismo, cada contratista debe definir el nombre del Médico Auditor que evaluará conjuntamente con el Médico Especialista o Auditor del Fondo las solicitudes presentadas, dentro de los ocho (8) días calendario posteriores al inicio del contrato, informando el mismo al Médico Especialista o Auditor. En caso de que el contratista no informe oportunamente el nombre del Médico Auditor, el Médico Especialista o Auditor evaluará las solicitudes que se presenten y procederá a autorizarlas o negarlas según sea el caso, debiendo el contratista aceptar el concepto emitido por este y los descuentos a que haya lugar.

De acuerdo al número de facturas presentadas el Médico del Fondo y del contratista deberán reunirse una vez por semana en fecha y hora acordada y proceder a realizar la auditoría de las cuentas que se hayan radicado, aplicando el procedimiento establecido para tal fin. De igual manera, debe asistir a las reuniones de conciliación de glosas programadas por el Fondo con las IPS correspondientes Anexo Procedimiento de Auditoria de Facturas de Urgencias IPS fuera de la red y Procedimiento de Conciliación de Glosas con IPS fuera de red

Una vez terminado el contrato actual, el contratista deberá continuar realizando el proceso de auditoría y conciliación de cuentas por servicios de urgencias prestados por IPS fuera de la red de prestadores a medida que se sigan radicando facturas por este concepto, para lo cual el Fondo citará al delegado de realizar la auditoria en fecha y hora fijada y se aplicarán los procedimientos definidos.

5.17. Implementación procedimiento agendas abiertas para asignación citas:

El Ministerio de Salud el 14 de mayo de 2013 expidió la Resolución 1552 de 2013 que reglamenta parcialmente los Artículos 123 y 124 de la Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones, para lo cual El contratista deberá contar con Agendas Abiertas para asignación de citas de todas las especialidades básicas y las definidas en la normatividad a seis (6) meses.

De igual manera, deberá tener disponible esta información para verificación por parte del Fondo de los entes de control y el reporte de la información requerida de Agendas Abiertas para Asignación de Citas

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 78 DE 97

5.18. Implementación procedimiento mecanismo excepcional de entrega de medicamentos:

El Ministerio de Salud el 17 de mayo de 2013 expidió la Resolución 1604 de 2013 que reglamenta parcialmente el Artículo 131 de la Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones, para lo cual el Fondo definió los parámetros de implementación del procedimiento de Mecanismo Excepcional de Entrega de Medicamentos que entraran en operación una vez se legalice en contrato y se de inicio al servicio. y que se debe reportar en el FORMATO DE REGISTRO ENTREGA DE MEDICAMENTOS RESOLUCION 1604 DE 2013

6. INFORMACIÓN QUE DEBE ENVIAR PERIÓDICAMENTE EL CONTRATISTA AL FONDO:

El contratista remitirá la información requerida por el Fondo y establecida en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN, utilizando los formatos establecidos por el Fondo y en las fechas definidas para cada informe. De igual forma, para la información que el Fondo cuenta con validadores previos al reporte, el contratista deberá realizar todos los procedimientos de cargue, validación, corrección de glosas, y demás definidos para garantizar la calidad de la información reportada, los cuales serán definidos en la ejecución del contrato.

6.1. Consolidado de Quejas y Reclamos:

El Contratista debe remitir mensualmente al Médico Especialista o Auditor del contrato un informe especificando número de quejas presentadas y resueltas en consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, farmacia, administrativas y otras, al igual que la relación de las diez primeras causas en orden descendente con su respectivo número de quejas y porcentaje y anexar el listado de los usuarios que presentaron queja con número de cédula, nombre completo, motivo y estado, acorde a lo definido en el documento de Pliegos de la contratación. Este informe se presentará, siendo la base del Informe PROPORCION DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS de la Circular Unica de la Supersalud. Esta información se remitirá mensualmente dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente al del reporte.

6.2. Informe de Reporte de Auditoría e Indicadores de Auditoría Médica:

El Contratista reportará trimestralmente al Médico Especialista o Auditor el resultado de la auditoría médica interna y los indicadores de calidad y oportunidad definidos por El Fondo para los diferentes servicios contemplados en el Formato de Reporte de Indicadores. Este reporte será remitido al Médico Especialista o Auditor del contrato en forma trimestral dentro de los diez primeros días del mes siguiente al vencimiento del trimestre (Reporte de Auditoría e Indicadores de Auditoría Médica).

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 79 DE 97

6.3. Estados Financieros:

El Contratista semestralmente deberá remitir a la Subdirección Financiera del Fondo:

- Los estados financieros consolidados (balances y estado de pérdidas y ganancias) debidamente firmados por el Revisor Fiscal,
- Acompañados de los auxiliares contables de las cuentas correspondientes a la subcuenta del contrato suscrito con el Fondo
- Conciliaciones contables de las cuentas bancarias relacionadas con el contrato en ejecución.

De igual manera el Fondo podrá solicitar otros documentos que considere necesarios para la realización de la auditoría.

Estos deben ser presentados dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al vencimiento del semestre. Estos informes serán revisados por la Subdirección Financiera encargada de realizar la auditoría correspondiente.

6.4. Informes de Estadística:

El contratista deberá enviar en forma mensual a más tardar el día décimo calendario del segundo mes posterior al que se reporta, al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud con copia el Médico Especialista o Auditor, la siguiente información estadística:

- Relación de número y costo de actividades por servicios por municipio
- Estadística de Enfermedades Catastróficas de la División
- Pacientes en Programa de Atención Domiciliaria
- Formato de reporte de reembolsos
- Formato de 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad por municipio y por departamentos

La información del mes en que se vence el trimestre deberá ser enviada a más tardar el día 20 calendario del mes siguiente al vencimiento del trimestre.

La estadística se remitirá en medio magnético y/o correo electrónico utilizando formato de Excel para cada cuadro, sin modificar la estructura de los mismos

Se exigirá el envío de la documentación de estadística en forma completa, sin excepciones utilizando los formatos diseñados por el Fondo incluidos en el anexo los cuales deben diligenciarse en forma completa. (Formatos de Reporte Estadístico).

El Fondo podrá solicitar información adicional de acuerdo a los requerimientos establecidos por los entes

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 80 DE 97

reguladores.

6.5. Informe sobre prestación de servicios de salud: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS):

Según lo establecido en las Resoluciones 3374 de 2000 y 1531 de 2014, el contratista remitirá los archivos sobre la prestación de los servicios de salud a los usuarios afiliados al Fondo, la cual debe contener la totalidad de la información e las atenciones realizadas a los usuarios en el periodo reportado, o en caso de no tenerlas completas en periodos posteriores como adiciones, para garantizar la mayor cantidad de información, que será la base de los informes estadísticos de la entidad, de la información que repose en el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) con base en el cual se realiza la caracterización de la población y el estudio de suficiencia de UPC, usuarios más costosos y demás reportes de entes de control. Por lo anterior, será responsabilidad del contratista la calidad y contenido de la información reportada en los RIPS y deberán soportar cualquier requerimiento que con relación a esta información realicen los entes de control.

A continuación se definen los parámetros de remisión de la misma:

6.5.1. Archivos que debe remitir el contratista:

- Archivo de Control
- Archivo de usuarios de los servicios de salud
- Archivo de consulta
- Archivo de procedimientos
- Archivo de hospitalización
- Archivo de urgencias
- Archivo de recién nacidos
- Archivo de medicamentos
- Archivo de otros servicios

No se aceptaran informes remitidos en los cuales falte alguno de los archivos listados anteriormente.

6.5.2. Tipos de radicación:

- Informe Inicial: El contratista deberá remitir todos los archivos consolidados con la información correspondiente a los servicios prestados en el mes a más tardar el día 15 calendario del mes siguiente. En este informe inicial se incluirá la información de toda la red de servicios propia y subcontratada en todas las localidades de la regional que presentó oportuna y adecuadamente la información al contratista. No se recibirá reporte que incluya menos del 50% de la red reportada (incluye I.P.S. propias y subcontratadas).

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 81 DE 97

- **Informes Adicionales:** la información que no sea incluida en el informe inicial, bien sea por entrega inoportuna por parte de los subcontratistas o corrección de glosas encontradas por el contratista, deberá remitirse utilizando los mismos archivos mencionados anteriormente el día 15 calendario del mes siguiente con los iniciales de cada mes, en archivo independiente al inicial del mes. El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia aceptará adiciones por un periodo máximo de 6 meses contados a partir del último día del mes reportado.
- **Informes de Corrección:** Se presentarán cuando el Fondo al revisar la información reportada por el contratista encuentre inconsistencias en esta que le permitan glosar la misma total o parcialmente. Cuando el Fondo glose total o parcialmente los archivos, la remitirá al Contratista dando un plazo para la corrección y envío de los mismos; si vencido este plazo no se remiten las correcciones, procederá a aplicar las multas por incumplimiento en el envío de información establecidos en el numeral 9. El contratista deberá presentar la corrección a las glosas en los meses siguientes en la misma fecha, pero en archivos independientes.

6.5.3. Información que debe ser remitida con cada informe:

- **Informe Inicial:**

El informe deberá ser acompañado de una carta del representante legal de remisión del informe donde se certifique que la información remitida ha sido verificada y validada. Debe contener como mínimo:

- Tipo de reporte (inicial, adición o corrección) y mes al que corresponde
- Nombre de los archivos incluidos y número total de registros en cada uno.
- Relación de IPS propias y subcontratadas que reportaron oportuna y adecuadamente la información y que por tanto estén incluidas en el informe.
- Relación de IPS propias y subcontratadas que no reportaron oportunamente o que su información fue glosada por el contratista y que por tanto no fue incluido en el informe. En este caso el contratista deberá informar la gestión adelantada ante las IPS que no estén cumpliendo con el envío de la información.
- Relación de epicrisis realizadas y contenidas en las respectivas historias clínicas, certificando que estas se encuentran debidamente archivadas. Deben corresponder a todos los usuarios incluidos en los archivos de hospitalización, urgencias y tratamientos de patologías crónicas.

- **Informes Adicionales:**

El informe deberá ser acompañado de una carta del representante legal de remisión del informe donde se certifique que la información remitida ha sido verificada y validada, informando claramente el mes que se adiciona y que debe contener como mínimo:

- Tipo de reporte (inicial, adición o corrección) y mes al que corresponde.
- Nombre de los archivos incluidos y número total de registros en cada uno.
- Relación de IPS que se incluyen en esta adición.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 82 DE 97

- Relación de epicrisis realizadas y contenidas en las respectivas historias clínicas, certificando que estas se encuentran debidamente archivadas. Deben corresponder a todos los usuarios incluidos en los archivos de hospitalización, urgencias y tratamientos de patologías crónicas.

- **Informes de Corrección:**

El informe deberá ser acompañado de una carta del representante legal de remisión del informe donde se certifique que la información remitida ha sido verificada y validada, en el cual se aclara a que informe corresponde la corrección y que debe contener como mínimo:

- Tipo de reporte (inicial, adición o corrección) y mes al que corresponde
- Nombre de los archivos incluidos que sufrieron corrección y número total de registros corregidos en cada uno.

Los informes que sean remitidos sin la información exigida anteriormente por el Fondo no serán aceptados y se considerará incumplimiento en el envío de información por parte del Contratista, generando las multas establecidas en el numeral 8.

6.5.4. Forma de presentación del informe:

El Fondo definirá el proceso de radicación de los informes de los RIPS una vez se defina el software de validación de los mismos, el cual será asumido por el Contratista. Una vez radicados los RIPS serán validados por el software validador contratado por la entidad, el cual generará las glosas de los registros que presenten inconsistencias de base de datos, red, estructura, referencias cruzadas y demás validaciones, las cuales serán remitidas al contratista para la corrección de las mismas en un plazo establecido por la entidad. Será obligación del contratista realizar corrección de todas las glosas devueltas y, en caso de no poderlo realizar justificar los motivos de la no corrección

6.6. Informe mensual de Entrega Total De Medicamentos Incluyendo Resolución 1604 De 2013 Entrega Excepcional De Medicamentos:

El Contratista suministrará mensualmente a más tardar el quinto día calendario del mes siguiente al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud en medio magnético la información de los medicamentos suministrados en forma ambulatoria a los usuarios de servicios de salud, utilizando el Formato de Registro de Entrega de Medicamentos.

6.7. Reporte de cambios en red de prestadores:

Una vez aprobados los cambios en la red por el Médico Especialista o Auditor, el Contratista deberá reportar los mismos, sea cual sea su naturaleza, al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud a más tardar el último día hábil del mes en que se realiza el cambio, utilizando el formato de reporte de novedades de red de

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 83 DE 97

prestadores Esto no lo exonera del reporte oportuno al Médico Especialista o Auditor del Fondo, tal como quedó estipulado en el presente documento. En caso de no presentarse cambios, remitirá al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud un oficio firmado por el Representante Legal en el cual conste esta situación.

6.8. Reporte Mensual de Cuotas Moderadoras y Copagos cobrados

Mensualmente el Contratista remitirá al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud el Informe de Copagos y Cuotas Moderadoras cobrados durante el mes. Este informe determinará el valor final a cobrar a cada Contratista. Este informe deberá ser remitido el décimo día calendario del mes siguiente al del reporte.

6.9. Reporte de Información de Cuenta de Alto Costo

La información a reportar de las patologías de Alto Costo deberá reportarse a través de la plataforma de SISCAC definida por la CAC, debiendo generarse el reporte por parte de la IPS que realizar la prestación del servicio en los módulos definidos.

Para lo anterior, los coordinadores regionales, responsables de cohorte de alto costo y los responsables de reporte de información de las IPS ambulatorias y hospitalarias de la red deben asistir obligatoriamente a las capacitaciones de funcionamiento y reporte de SISCAC realizadas por la CAC en las fechas definidas por el FPSFCN.

6.9.1. Reporte Mensual de Usuarios con ERC

Con el fin de realizar el seguimiento de cohortes y el análisis de la gestión del riesgo individual a los usuarios objeto de este reporte, HTA, Diabetes Mellitus, ERC, el contratista reportará la información de todas las actividades realizadas a los usuarios de forma mensual de forma directa a partir de las IPS que realizan las actividades en el aplicativo SISCAC según los datos requeridos para el reporte de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica establecidos en la Resolución 2463 de 2014 y demás normas que la adicionen o modifiquen, incluyendo los casos de usuarios captados con patologías precursoras y ERC. Esta información será verificada por el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista de forma mensual, dentro de los 10 primeros días calendario del mes siguiente, consolidando el seguimiento realizado usuario por usuario con la información reportada y definiendo las actividades requeridas por cada usuario para cumplir con todas las intervenciones a realizar al usuario. Posterior a esta revisión, el día 15 hábil de cada mes se reúne con los funcionarios encargados de auditoría y seguimiento de cohortes del FPSFCN con el fin de evaluar el avance de las intervenciones y definir las estrategias de atención de cada usuario. De igual manera, de forma mensual se va realizando la consolidación de la información en la matriz de reporte de la información y se consolidan los soportes obtenidos hasta el momento en la carpeta compartida o aplicativo dispuesta para tal fin. En este seguimiento se verificará la información reportada y los

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 84 DE 97

soportes de la misma.

Trimestralmente se realizará análisis conjunto de la gestión del riesgo de los pacientes de la cohorte, verificando el cumplimiento de los indicadores de gestión definidos por la CAC, la gestión del riesgo de estos usuarios, definiendo los indicadores que están cumpliendo y los que están por debajo de los parámetros definidos para establecer las estrategias a realizar para garantizar el cumplimiento de las metas de gestión. Esta verificación será realizada por el profesional de epidemiología del contratista con el profesional definido por el FPSFCN.

Con base en la información consolidada mensualmente ya analizada trimestralmente, dentro de los cinco primeros días del mes de abril se verificarán las coberturas de actividades realizadas y del cumplimiento de las actividades y de los indicadores definidos, determinando las actividades que se están cumpliendo para realizar las estrategias durante los meses de mayo y junio que permitan garantizar el cumplimiento de las metas.

El día 15 del mes de julio, se realizará la consolidación de la información reportada en el aplicativo SISCAC y verificada durante el año para generar el informe anual con corte a 30 de junio del año respectivo y remitida al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud por correo electrónico, reportando la información de la totalidad de los pacientes con diagnóstico de HTA, DIABETES MELLITUS Y ERC en estadios 1 a 5, que están incluidos en la RIA CArdio Cerebrovascular y Metabólica / Programa de Nefroprotección en el periodo de reporte, con los últimos datos de laboratorio, utilizando el Formato definido por la Cuenta de Alto Costo y según las instrucciones de reporte dadas por la CAC. Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista debe estar atento a las glosas que se generen para corregir la información reportada.

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos por el Guía de Atención Integral de ERC del MPSPS, los exámenes de laboratorio realizados a la totalidad de los pacientes de ERC deben ser actualizados dentro de los tres (3) meses anteriores a la fecha de corte y de reporte. No se aceptan exámenes de fechas anteriores a la establecida.

Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista tiene diez días para completar los soportes de la información reportada en la carpeta compartida o aplicativo dispuesta para tal fin. A partir de este momento se programará auditoría de verificación de información reportada en SISCAC, en Informe Anual y en soportes de historias clínicas reportados, que se realizará de manera conjunta entre el Responsable de Cohortes de Alto Costo de cada contratista y el Auditor de Cuenta de Alto Costo del FPSFCN en las fechas definidas para cada contratista. Como resultado de esta auditoría, se realizarán las correcciones requeridas a la información y búsqueda de soportes de actividades no reportadas para garantizar la calidad y completitud de la información.

Terminada la auditoría se generará el Informe de Reporte de ERC para cargue en la plataforma de la CAC y el cargue de los soportes según los lineamientos definidos.

De igual manera, una vez definidas las fechas de auditoría de la información por parte de la CAC, el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista deberá disponer el tiempo para revisar las glosas y dar respuesta a las mismas dentro de los plazos y oportunidad establecidos, respuesta que será verificada en forma previa al envío por el Auditor de Alto Costo del FPSFCN. Será responsabilidad del contratista dar respuesta a todas las glosas generadas por la auditoría de la CAC dentro de los plazos definidos

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 85 DE 97

Una vez reportada la información y surtido el trámite de auditoria, la CAC genera los indicadores de gestión por entidad y departamento, los cuales serán presentados en reunión de análisis de gestión, con el fin de evaluar por contratista e IPS las metas de cumplimiento.

6.9.2. Reporte Mensual de Usuarios con VIH SIDA

Con el fin de realizar el seguimiento de cohortes y el análisis de la gestión del riesgo individual a los usuarios objeto de este reporte, pacientes con diagnóstico de VIH, gestantes y pacientes con diagnóstico de tuberculosis, el contratista reportará la información de todas las actividades realizadas a los usuarios de forma mensual de forma directa a partir de las IPS que realizan las actividades en el aplicativo SISCAC según los datos requeridos para el reporte de Pacientes con VIH establecidos en la Resolución 273 de 2019 y demás normas que la adicionen o modifiquen, incluyendo los casos de usuarios con diagnóstico nuevo de VIH y tuberculosis y las maternas captadas en el mes. Esta información será verificada por el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista de forma mensual, dentro de los 15 primeros días calendario del mes siguiente, consolidando el seguimiento realizado usuario por usuario con la información reportada y definiendo las actividades requeridas por cada usuario para cumplir con todas las intervenciones a realizar al usuario. Posterior a esta revisión, el día 20 hábil de cada mes se reúne con los funcionarios encargados de auditoria y seguimiento de cohortes del FPSFCN con el fin de evaluar el avance de las intervenciones y definir las estrategias de atención de cada usuario. De igual manera, de forma mensual se va realizando la consolidación de la información en la matriz de reporte de la información y se consolidan los soportes obtenidos hasta el momento en la carpeta compartida o aplicativo dispuesta para tal fin. En este seguimiento se verificará la información reportada y los soportes de la misma.

Trimestralmente se realizará análisis conjunto de la gestión del riesgo de los pacientes de la cohorte, verificando el cumplimiento de los indicadores de gestión definidos por la CAC, la gestión del riesgo de estos usuarios, definiendo los indicadores que están cumpliendo y los que están por debajo de los parámetros definidos para establecer las estrategias a realizar para garantizar el cumplimiento de las metas de gestión. Esta verificación será realizada por el profesional de epidemiología del contratista con el profesional definido por el FPSFCN.

Con base en la información consolidada mensualmente ya analizada trimestralmente, dentro de los cinco primeros días del mes de noviembre se verificarán las coberturas de actividades realizadas y del cumplimiento de las actividades y de los indicadores definidos, determinando las actividades que se están cumpliendo para realizar las estrategias durante los meses de noviembre y diciembre que permitan garantizar el cumplimiento de las metas.

El día 15 hábil del mes de enero, se realizará la consolidación de la información reportada en el aplicativo SISCAC y verificada durante el año para generar el informe anual con corte a 31 de diciembre del año respectivo y remitida al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud por correo electrónico, reportando la información de la totalidad de los pacientes con diagnóstico de VIH, gestantes y con diagnóstico de tuberculosis en el periodo de reporte, con los últimos datos de laboratorio, utilizando el Formato definido por la Cuenta de Alto Costo y según las instrucciones de reporte dadas por la CAC. Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista debe estar atento a las glosas que se generen para corregir la información reportada

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 86 DE 97

Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista tiene diez días para completar los soportes de la información reportada en la carpeta compartida o aplicativo dispuesto para tal fin. A partir de este momento se programará auditoria de verificación de información reportada en SISCAC, en Informe Anual y en soportes de historias clínicas reportados, que se realizará de manera conjunta entre el Responsable de Cohortes de Alto Costo de cada contratista y el Auditor de Cuenta de Alto Costo del FOSFCN en las fechas definidas para cada contratista. Como resultado de esta auditoría, se realizarán las correcciones requeridas a la información y búsqueda de soportes de actividades no reportadas para garantizar la calidad y completitud de la información.

Terminada la auditoría se generará el Informe de Reporte de ERC para cargue en la plataforma de la CAC y el cargue de los soportes según los lineamientos definidos.

De igual manera, una vez definidas las fechas de auditoría de la información por parte de la CAC, el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista deberá disponer el tiempo para revisar las glosas y dar respuesta a las mismas dentro de los plazos y oportunidad establecidos, respuesta que será verificada en forma previa al envío por el Auditor de Alto Costo del FPSFCN. Será responsabilidad del contratista dar respuesta a todas las glosas generadas por la auditoria de la CAC dentro de los plazos definidos

Una vez reportada la información y surtido el trámite de auditoria, la CAC genera los indicadores de gestión por entidad y departamento, los cuales serán presentados en reunión de análisis de gestión , con el fin de evaluar por contratista e IPS las metas de cumplimiento..

De igual manera, de forma mensual deberá reportar el suministro efectivo de los medicamentos de TAR ordenados para el tratamiento de VIH de todos los usuarios en seguimiento con diagnóstico, para lo cual deberá adjuntar la base de datos en la cual se especifique el tratamiento ordenado, junto con los soportes de las formulas y de la recepción por parte del usuario .Esta información deberá ser remitida el día 15 calendario de cada mes con los datos del mes anterior.

6.9.3. Reporte Bimensual de Pacientes con Diagnóstico de Cáncer

Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 0247 de 2014, el contratista deberá reportar la información correspondiente a todos los usuarios con diagnósticos de todos los tipos de cáncer según lo definido por parte del Ministerio de Salud.

Con el fin de realizar el seguimiento de cohortes y el análisis de le gestión del riesgo individual a los usuarios objeto de este reporte, pacientes con diagnóstico de cáncer, el contratista reportará la información de todas las actividades realizadas a los usuarios de forma mensual de forma directa a partir de las IPS que realizan las actividades en el aplicativo SISCAC según los datos requeridos para el reporte de Pacientes con Cáncer establecidos en la Resolución 247 de 2014 y demás normas que la adicionen o modifiquen, incluyendo los casos de usuarios captados con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer en el periodo. Esta información será verificada por el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista de forma bimensual, dentro de los 15 primeros días calendario del mes siguiente el vencimiento del bimestre, consolidando el seguimiento realizado usuario por usuario con la información reportada y definiendo las actividades requeridas por cada usuario para cumplir con

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 87 DE 97

todas las intervenciones a realizar al usuario. Posterior a esta revisión, el día 20 se reúne con los funcionarios encargados de auditoria y seguimiento de cohortes del FPSFCN con el fin de evaluar el avance de las intervenciones y definir las estrategias de atención de cada usuario. De igual manera, de forma bimensual se va realizando la consolidación de la información en la matriz de reporte de la información y se consolidan los soportes obtenidos hasta el momento en la carpeta compartida o aplicativo dispuesta para tal fin. En este seguimiento se verificará la información reportada y los soportes de la misma

Teniendo en cuenta el mecanismo definido para la distribución de recursos de paciente con cáncer, el contratista deberá realizar la búsqueda activa de la información de todos los pacientes con esta patología, y la inclusión de la información desde el diagnostico hasta el inicio de tratamiento, e incluirlos en la base de datos de usuarios incidentes con el reporte de toda la información requerida.

Trimestralmente se realizará análisis conjunto de la gestión del riesgo de los pacientes de la cohorte, verificando el cumplimiento de los indicadores de gestión definidos por la CAC, la gestión del riesgo de estos usuarios, definiendo los indicadores que están cumpliendo y los que están por debajo de los parámetros definidos para establecer las estrategias a realizar para garantizar el cumplimiento de las metas de gestión. Esta verificación será realizada por el profesional de epidemiología del contratista con el profesional definido por el FPSFCN. En esta verificación, se hará especial énfasis en el cumplimiento de la oportunidad de los tratamientos ordenados

Con base en la información consolidada bimensualmente y analizada trimestralmente, dentro de los quince primeros días del mes de octubre se verificarán las coberturas de actividades realizadas y del cumplimiento de las actividades y de los indicadores definidos, determinando las actividades que se están cumpliendo para realizar las estrategias durante los meses de octubre, noviembre y diciembre que permitan garantizar el cumplimiento de las metas.

El día 15 calendario de febrero, se realizará la consolidación de la información reportada en el aplicativo SISCAC y verificada durante el año para generar el informe anual con corte a 1 de enero del año respectivo y remitida al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud por correo electrónico, reportando la información de la totalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer en el periodo de reporte, con los últimos datos de laboratorio, utilizando el Formato definido por la Cuenta de Alto Costo y según las instrucciones de reporte dadas por la CAC. Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista debe estar atento a las glosas que se generen para corregir la información reportada

Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista tiene diez días para completar los soportes de la información reportada en la carpeta compartida o aplicativo dispuesto para tal fin. A partir de este momento se programará auditoria de verificación de información reportada en SISCAC, en Informe Anual y en soportes de historias clínicas reportados, que se realizará de manera conjunta entre el Responsable de Cohortes de Alto Costo de cada contratista y el Auditor de Cuenta de Alto Costo del FPSFCN en las fechas definidas para cada contratista. Como resultado de esta auditoría, se realizarán las correcciones requeridas a la información y búsqueda de soportes de actividades no reportadas para garantizar la calidad y completitud de la información.

Terminada la auditoría se generará el Informe de Reporte de ERC para cargue en la plataforma de la CAC y el cargue de los soportes según los lineamientos definidos.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 88 DE 97

De igual manera, una vez definidas las fechas de auditoría de la información por parte de la CAC, el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista deberá disponer el tiempo para revisar las glosas y dar respuesta a las mismas dentro de los plazos y oportunidad establecidos, respuesta que será verificada en forma previa al envío por el Auditor de Alto Costo del FPSFCN. Será responsabilidad del contratista dar respuesta a todas las glosas generadas por la auditoría de la CAC dentro de los plazos definidos

Una vez reportada la información y surtido el trámite de auditoría, la CAC genera los indicadores de gestión por entidad y departamento, los cuales serán presentados en reunión de análisis de gestión, con el fin de evaluar por contratista e IPS las metas de cumplimiento..

6.9.4. Reporte Bimensual de Pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide

Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 1393 de 2015, el contratista deberá reportar la información correspondiente a todos los usuarios con diagnósticos de Artritis Reumatoide según lo definido por parte del Ministerio de Salud.

Con el fin de realizar el seguimiento de cohortes y el análisis de la gestión del riesgo individual a los usuarios objeto de este reporte, pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, el contratista reportará la información de todas las actividades realizadas a los usuarios de forma mensual de forma directa a partir de las IPS que realizan las actividades en el aplicativo SISCAC según los datos requeridos para el reporte de Pacientes con Cáncer establecidos en la Resolución 1393 de 2015 y demás normas que la adicionen o modifiquen, incluyendo los casos de usuarios captados con este diagnóstico nuevo en el periodo. Esta información será verificada por el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista de forma bimensual, dentro de los 20 días calendario del mes siguiente al vencimiento del bimestre, consolidando el seguimiento realizado usuario por usuario con la información reportada y definiendo las actividades requeridas por cada usuario para cumplir con todas las intervenciones a realizar al usuario. Posterior a esta revisión, antes de terminar el mes se reúne con los funcionarios encargados de auditoría y seguimiento de cohortes del FPSFCN con el fin de evaluar el avance de las intervenciones y definir las estrategias de atención de cada usuario. De igual manera, de forma bimensual se va realizando la consolidación de la información en la matriz de reporte de la información y se consolidan los soportes obtenidos hasta el momento en la carpeta compartida o aplicativo dispuesta para tal fin. En este seguimiento se verificará la información reportada y los soportes de la misma

Trimestralmente se realizará análisis conjunto de la gestión del riesgo de los pacientes de la cohorte, verificando el cumplimiento de los indicadores de gestión definidos por la CAC, la gestión del riesgo de estos usuarios, definiendo los indicadores que están cumpliendo y los que están por debajo de los parámetros definidos para establecer las estrategias a realizar para garantizar el cumplimiento de las metas de gestión. Esta verificación será realizada por el profesional de epidemiología del contratista con el profesional definido por el FPSFCN. En esta verificación, se hará especial énfasis en el cumplimiento de la oportunidad de los tratamientos ordenados

Con base en la información consolidada bimensualmente y analizada trimestralmente, dentro de los quince

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 89 DE 97

primeros días del mes de mayo se verificarán las coberturas de actividades realizadas y del cumplimiento de las actividades y de los indicadores definidos, determinando las actividades que se están cumpliendo para realizar las estrategias durante los meses de mayo y junio que permitan garantizar el cumplimiento de las metas.

El día 15 calendario del mes de agosto, se realizará la consolidación de la información reportada en el aplicativo SISCAC y verificada durante el año para generar el informe anual con corte a 1 de enero del año respectivo y remitida al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud por correo electrónico, reportando la información de la totalidad de los pacientes con diagnóstico de AR en el periodo de reporte, con los últimos datos de laboratorio, utilizando el Formato definido por la Cuenta de Alto Costo y según las instrucciones de reporte dadas por la CAC. Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista debe estar atento a las glosas que se generen para corregir la información reportada

Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista tiene diez días para completar los soportes de la información reportada en la carpeta compartida o aplicativo dispuesto para tal fin. A partir de este momento se programará auditoría de verificación de información reportada en SISCAC, en Informe Anual y en soportes de historias clínicas reportados, que se realizará de manera conjunta entre el Responsable de Cohortes de Alto Costo de cada contratista y el Auditor de Cuenta de Alto Costo del FOSFCN en las fechas definidas para cada contratista. Como resultado de esta auditoría, se realizarán las correcciones requeridas a la información y búsqueda de soportes de actividades no reportadas para garantizar la calidad y completitud de la información.

Terminada la auditoría se generará el Informe de Reporte de ERC para cargue en la plataforma de la CAC y el cargue de los soportes según los lineamientos definidos.

De igual manera, una vez definidas las fechas de auditoría de la información por parte de la CAC, el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista deberá disponer el tiempo para revisar las glosas y dar respuesta a las mismas dentro de los plazos y oportunidad establecidos, respuesta que será verificada en forma previa al envío por el Auditor de Alto Costo del FPSFCN. Será responsabilidad del contratista dar respuesta a todas las glosas generadas por la auditoría de la CAC dentro de los plazos definidos

Una vez reportada la información y surtido el trámite de auditoría, la CAC genera los indicadores de gestión por entidad y departamento, los cuales serán presentados en reunión de análisis de gestión, con el fin de evaluar por contratista e IPS las metas de cumplimiento.

6.9.5. Reporte Mensual de Pacientes con Diagnostico de Hepatitis C

Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 1692 de 2017, el contratista deberá reportar la información correspondiente a todos los usuarios con diagnósticos de Hepatitis C según lo definido por parte del Ministerio de Salud.

Con el fin de realizar el seguimiento de cohortes y el análisis de la gestión del riesgo individual a los usuarios objeto de este reporte, pacientes con diagnóstico de hepatitis C, el contratista reportará la información de todas las actividades realizadas a los usuarios de forma mensual de forma directa a partir de las IPS que realizan las actividades en el aplicativo SISCAC según los datos requeridos para el reporte de Pacientes con Cáncer

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 90 DE 97

establecidos en la Resolución 1692 de 2017 y demás normas que la adicionen o modifiquen, incluyendo los casos de usuarios captados con este diagnóstico nuevo en el periodo. Esta información será verificada por el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista de forma mensual, dentro de los 5 días calendario del mes siguiente, consolidando el seguimiento realizado usuario por usuario con la información reportada y evaluando la realización de las actividades requeridas por cada usuario para cumplir con todas las intervenciones a realizar al usuario. Posterior a esta revisión, el día 10 calendario de cada mes se reúne con los funcionarios encargados de auditoria y seguimiento de cohortes del FPSFCN con el fin de evaluar el avance de las intervenciones y definir el reporte de información de cada usuario. Realizada esta revisión conjunta, se consolida la información en la matriz de reporte de la información y se consolidan los soportes completos de las atenciones en la carpeta compartida o aplicativo dispuesta para tal fin, los cuales serán reportados al Fondo el día 12 calendario de cada mes y cargados en el aplicativo dispuesto para tal fin por la CAC.

Una vez reportada la información consolidada mensual, el contratista debe estar atento a las glosas que se generen para corregir la información reportada. A partir de este momento se programará auditoria de verificación de información reportada en SISCAC, en Informe Mensual y en soportes de historias clínicas reportados, que se realizará de manera conjunta entre el Responsable de Cohortes de Alto Costo de cada contratista y el Auditor de Cuenta de Alto Costo del FOSFCN en las fechas definidas para cada contratista. Como resultado de esta auditoria, se realizarán las correcciones requeridas a la información y búsqueda de soportes de actividades no reportadas para garantizar la calidad y completitud de la información.

6.9.6. Reporte Mensual de Pacientes con Diagnostico de Hemofilia

Con el fin de realizar el seguimiento de cohortes y el análisis de la gestión del riesgo individual a los usuarios objeto de este reporte, pacientes con diagnóstico de Hemofilia y otras coagulopatías definidas por la CAC, el contratista reportará la información de todas las actividades realizadas a los usuarios de forma mensual de forma directa a partir de las IPS que realizan las actividades en el aplicativo SISCAC según los datos requeridos para el reporte de Pacientes con VIH establecidos en la Resolución 0123 de 2015 y demás normas que la adicionen o modifiquen, incluyendo los casos de usuarios con diagnostico nuevo de estas patologías captados en el mes. Esta información será verificada por el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista de forma bimensual, consolidando el seguimiento realizado usuario por usuario con la información reportada y definiendo las actividades requeridas por cada usuario para cumplir con todas las intervenciones a realizar al usuario. Posterior a esta revisión, en la fecha definida se reúne con los funcionarios encargados de auditoria y seguimiento de cohortes del FPSFCN con el fin de evaluar el avance de las intervenciones y definir las estrategias de atención de cada usuario. De igual manera, de forma bimensual se va realizando la consolidación de la información en la matriz de reporte de la información y se consolidan los soportes obtenidos hasta el momento en la carpeta compartida o aplicativo dispuesta para tal fin. En este seguimiento se verificará la información reportada y los soportes de la misma.

Trimestralmente se realizará análisis conjunto de la gestión del riesgo de los pacientes de la cohorte, verificando el cumplimiento de los indicadores de gestión definidos por la CAC, la gestión del riesgo de estos usuarios, definiendo los indicadores que están cumpliendo y los que están por debajo de los parámetros definidos para establecer las estrategias a realizar para garantizar el cumplimiento de las metas de gestión. Esta verificación será realizada por el profesional de epidemiología del contratista con el profesional definido por el FPSFCN.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 91 DE 97

Con base en la información consolidada mensualmente ya analizada trimestralmente, dentro de los cinco primeros días del mes de enero se verificarán las coberturas de actividades realizadas y del cumplimiento de las actividades y de los indicadores definidos, determinando las actividades que se están cumpliendo para realizar las estrategias durante los meses de enero que permitan garantizar el cumplimiento de las metas.

El día 15 hábil del mes de febrero, se realizará la consolidación de la información reportada en el aplicativo SISCAC y verificada durante el año para generar el informe anual con corte a 31 de enero del año respectivo y remitida al Profesional Especializado de Gestión de Servicios de Salud por correo electrónico, reportando la información de la totalidad de los pacientes con diagnóstico de hemofilia y otras patologías en el periodo de reporte, con los últimos datos de laboratorio, utilizando el Formato definido por la Cuenta de Alto Costo y según las instrucciones de reporte dadas por la CAC. Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista debe estar atento a las glosas que se generen para corregir la información reportada

Una vez reportada la información consolidada anual, el contratista tiene diez días para completar los soportes de la información reportada en la carpeta compartida o aplicativo dispuesto para tal fin. A partir de este momento se programará auditoría de verificación de información reportada en SISCAC, en Informe Anual y en soportes de historias clínicas reportados, que se realizará de manera conjunta entre el Responsable de Cohortes de Alto Costo de cada contratista y el Auditor de Cuenta de Alto Costo del FOSFCN en las fechas definidas para cada contratista. Como resultado de esta auditoría, se realizarán las correcciones requeridas a la información y búsqueda de soportes de actividades no reportadas para garantizar la calidad y completitud de la información.

Terminada la auditoría se generará el Informe de Reporte de ERC para cargue en la plataforma de la CAC y el cargue de los soportes según los lineamientos definidos.

De igual manera, una vez definidas las fechas de auditoría de la información por parte de la CAC, el Responsable de Cohorte de Alto Costo del contratista deberá disponer el tiempo para revisar las glosas y dar respuesta a las mismas dentro de los plazos y oportunidad establecidos, respuesta que será verificada en forma previa al envío por el Auditor de Alto Costo del FPSFCN. Será responsabilidad del contratista dar respuesta a todas las glosas generadas por la auditoría de la CAC dentro de los plazos definidos

Una vez reportada la información y surtido el trámite de auditoría, la CAC genera los indicadores de gestión por entidad y departamento, los cuales serán presentados en reunión de análisis de gestión, con el fin de evaluar por contratista e IPS las metas de cumplimiento..

6.9.7. Otras Patologías de Alto Costo

El contratista será responsable del reporte de demás patologías de alto costo según reportes que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en las condiciones que este solicita, así mismo la generación y seguimiento de la cohorte, la aplicación de las guías de atención clínica y el reporte del dato consecución de las historias clínicas, su cargue en el repositorio y soporte durante la auditoría en los plazos que establezca la cuenta de alto costo.

REDISTRIBUCION DE RECURSOS DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

 FONDOS DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 92 DE 97

El Ministerio de la Protección Social, a través del Decreto 2699 de 2007, modificado por el Decreto 3511 de 2009, ha creado un rubro para el manejo de las patologías de Alto Costo o catastróficas, denominado “Cuenta del Alto Costo”, mediante el cual se realiza un análisis de la desviación estándar del perfil epidemiológico para las patologías señaladas como tales y se evalúa la gestión realizada por la entidad a través de sus contratistas mediante indicadores y aplicación de programas específicos de atención, con base en lo cual se define la redistribución de la UPC después de aplicada la fórmula de distribución establecida por éste Ministerio para cada patología y liquidada por la cuenta de Alto Costo según su presentación en las entidades aseguradoras de planes de beneficios

El Fondo, con base en la redistribución realizada por la “Cuenta de Alto Costo”, definirá el ajuste al respectivo contratista el valor de la UPC por exceso o por defecto, proporcionalmente al número de usuarios por patología en cada Región o División. De igual manera, en los casos en que como resultado de la aplicación de la fórmula para una patología específica, se realice ajuste de UPC por defecto como consecuencia del incumplimiento en el reporte de información o de incumplimiento en la gestión demostrada a través de los indicadores de un contratista, se descontará de la UPC al contratista responsable los recursos que deban reintegrarse al sistema. Así mismo, en caso de no reporte de información, no cumplimiento de la periodicidad de procedimientos y exámenes según la patología reportada o glosas al momento de la auditoria, que generen pérdida de recursos que por prevalencia de la enfermedad en nuestra población se venían reconociendo por el sistema, el contratista responsable asumirá el valor perdido según histórico, el cual se descontará del pago a realizar.

Con el fin de dar cumplimiento a lo definido por el Ministerio de Salud, el contratista deberá reportar la información de las patologías establecidas por la Cuenta de Alto Costo, con todos los datos definidos en el respectivo anexo técnico y en las fechas establecidas por el Fondo. De igual manera, deberá realizar el soporte de las auditorias programadas, presentando toda la información de historias clínicas, epicrisis y soportes del diagnóstico y actividades realizadas.

En caso de inclusión de nuevas patologías o cambios en la estructura y periodicidad del reporte, el contratista realizará los ajustes requeridos al interior de la entidad para garantizar el suministro de la información.

6.10. Certificación mensual de aportes en salud, pensiones y parafiscales

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, en forma mensual el Contratista deberá remitir al Área de Afiliaciones del Fondo con copia al Médico Especialista y Auditor, la certificación expedida por el Revisor Fiscal donde conste que la entidad se encuentra al día en el pago de las obligaciones de sus empleados en salud, pensiones, ARP y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA e ICBF)

6.11. Reporte quincenal de programación quirúrgica de localidades externas:

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 93 DE 97

Quincenalmente el Coordinador Local remitirá informe al Médico Especialista o Auditor del Contrato relacionando las cirugías radicadas, ordenadas y pendientes utilizando el formato que el Fondo defina para ellos

6.12. Reporte Casos Usuarios Enfermedades Huérfanas

De acuerdo a lo definido por el SIVIGILA, y, con el fin de garantizar el reporte oportuno de los usuarios con diagnóstico nuevo de enfermedades huérfanas, una vez se realice el diagnóstico de un usuario con una de estas patologías, el Contratista deberá reportar al Fondo el caso, anexando los documentos soportes requeridos para su inclusión en el SIVIGILA. En caso de no tener casos de pacientes con enfermedades huérfanas diagnosticadas, el contratista dentro de los cinco días del mes siguiente, deberá remitir una certificación en la que conste esta situación.

6.13. Notificación de Eventos de Salud Pública y Análisis De Casos Obligatorios De Sivigila

Dando alcance a lo establecido en el decreto 3518 del 2006 en su capítulo 1 artículo primero, parágrafo 1 menciona: “Todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, tendrán el carácter de prioritarias en salud pública”. De igual manera se describe en el capítulo III **Procesos básicos de la vigilancia en salud pública**. Que explícitamente refiere en el Artículo 17. Lo siguiente: “**Obligatoriedad de la información de interés en salud pública**. Sin perjuicio de la obligación de informar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, por parte de sus integrantes”, y en el Artículo 20. “**Notificación obligatoria**.”

Los contratistas que atiendan casos de interés en salud pública, deberán realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.”

Los contratistas deberán “Notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública”, “Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria”.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 94 DE 97

6.14. Reporte Actividades De Demanda Inducida

El contratista deberá reportar de forma mensual en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de las actividades de Demanda Inducida realizadas en el mes de reporte

6.15. Informe de Actividades de las Rutas De Atención Integral del FPSFCN

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de las actividades de cada una de las rutas de atención integral definidas por el Fondo.

6.16. Reporte Resolución 4505 De 2012

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de las actividades de la Resolución 4505 de 2010 realizadas a cada uno de los usuarios del Fondo.

6.17. Reporte Resolución 256 De 2016 Autorización de Servicios

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de la totalidad de los servicios ordenados a los usuarios del Fondo y las autorizaciones generadas, incluyendo la fecha de generación de la autorización y la fecha de prestación del servicio.

6.18. Reporte De Indicadores Resolución 256 De 2016 De Cada IPS Primaria De La Red Del Contratista Población FPSFCN

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de los indicadores de la Resolución 256 de cada una de las IPS de su red de prestadores.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 95 DE 97

6.19. Reporte De Resolución 3539 De 2019 Servicios Y Tecnologías Ordenados A Usuarios Y Negados

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de los servicios y tecnologías negados a los usuarios del Fondo, según lo definido en la Resolución 3539 de 2019.

6.20. Oportunidad Citas Medicina General Y Especializada Resolución 1552 De 2013 Y Citas De Control

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de la totalidad de las citas de medicina general y especializada, odontología general y especializada, y demás consultas de apoyo según lo definido en la Resolución 1552 de 2013, incluyendo el reporte del mecanismo de agendas abiertas.

6.21. Cargue Precios Medicamentos POS al SISMED

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de los precios de medicamentos según la facturación de sus proveedores

6.22. Indicadores Autorización Servicios De Salud: ATSA 100226 / NURC 100234 De 2013

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de los indicadores definidos en los informes ATSA 100226 / NURC 100234 De 2013.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 96 DE 97

6.23. Red Oncológica (ATSA)

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de la Red Oncológica

6.24. Reporte Usuarios Fallecidos

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de los usuarios fallecidos en el mes anterior.

6.25. Reporte Cuotas Moderadoras Y Copagos

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de los cobros de copagos y cuotas moderadoras realizados a los usuarios que tienen derecho únicamente a PBS.

6.26. Reporte Usuarios Atención Domiciliaria

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información de los usuarios atendidos en el Programa de Atención Domiciliaria

6.27. Reporte Información Estudio Suficiencia UPC

El contratista deberá reportar en el Formato establecido por el Fondo y dentro de las fechas establecidas en el Anexo de Matriz de Informes Periódicos de Reporte al FPSFCN la información requerida para el cálculo de la Suficiencia de UPC según las directrices del Ministerio de Salud

6.28. Reportes de Información de Supersalud:

Teniendo en cuenta los requerimientos de información solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud, el contratista deberá reportar los informes, dando aplicación a los parámetros definidos y las fechas establecidas.

 FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN (MECI - CALIDAD)	SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN MECI – CALIDAD) ANEXO 5 CONDICIONES OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PRESTACION SERVICIOS DE SALUD		 La salud es de todos Minsalud
VERSIÓN: 2.0	CÓDIGO: APAJUOAJFO15	FECHA ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE 19 DE 2014	PÁGINA 97 DE 97

De igual manera, se ratifica que el Fondo podrá solicitar la información adicional requerida para dar cumplimiento a requerimientos de información e entes de control o para evaluar y realizar seguimiento a la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, siendo obligación del contratista suministrarla dentro de los tiempos y en la forma solicitada por el Fondo

7. INCUMPLIMIENTO EN LA OPORTUNIDAD DE LOS SERVICIOS:

Sin perjuicio de las demás sanciones previstas, cuando se presente falta de oportunidad en la atención a un usuario de acuerdo con los términos de oportunidad señalados en este Plan de Beneficios, debidamente establecida y verificada por los supervisores o interventores del contrato, podrán ser autorizados u ordenados directamente por el Director del Fondo, bien sea en las IPS de la red del Contratista o a través de terceros con cargo al contratista. Estos últimos se facturarán a nombre del Contratista y los dineros se girarán directamente por el Fondo a quien prestó el servicio y descontados del pago mensual siguiente a cancelar a el Contratista. A la suma pagada al contratista que prestó el servicio se le incrementará un 10% por concepto de gastos administrativos del Fondo, suma esta que también será objeto de descuento.

Se entiende por atención en salud las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se presté, incluyendo todo lo que de estos se derive.

Para la aplicación de la cláusula incluida en los contratos con la red de IPS definida en el del Pliego de Condiciones, una vez establecida la falta de oportunidad por parte del supervisor o interventor del contrato, deberá requerir al contratista solicitándole dar solución a la misma dentro de un plazo establecido. Si vencido este plazo el contratista no soluciona la falta de oportunidad, el supervisor o interventor del contrato informará por escrito esta situación al Director General, aclarando el trámite previo adelantado, quien procederá a autorizar el servicio de salud en la IPS de la red del contratista.