ANEXO No 3 MANUAL DE OPERACIÓN Y AUDITORIA CONTRATO CAPITACION

SUBRED SUR

INTRODUCCION

Capital Salud EAPB-S promueve la implementación de las Rutas Integrales de atención en Salud, estas incluyen la Ruta de atención Integral para el Mantenimiento y Promoción de la Salud (RMPS), Ruta Materno Perinatal (RMPN), Rutas por grupos de riesgo (Crónicos, Salud Mental, Detección temprana de CA, respiratorios). Esta estructura se alinea con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), conforme a las Resoluciones 429 y 3202 de 2016, La resolución 3280 de 2018, resolución 2626 de 2019, decreto 441 de 2022 y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan.

Los modelos de Capital se enfocan en la identificación de los riesgos en salud de la población afiliada, Este proceso implica una caracterización e intervención integral que respete la diversidad y el entorno de las personas buscando resultados positivos en salud y garantizando una atención humanizada que controle y estabilice la siniestralidad.

Entre las características más distintivas de los modelos capitados se encuentra la integralidad de los servicios de salud, Esto significa abordar los problemas de salud de manera completa, promoviendo la salud, previniendo enfermedades, facilitando curación y rehabilitación. Se busca que los diversos servicios lleguen a los usuarios oportunamente, estableciendo una relación continua entre los prestadores y los usuarios. Esto requiere un liderazgo efectivo por parte de los prestadores y una coordinación adecuada con otros integrantes de los procesos de la EAPB.

Este anexo forma parte del acuerdo entre el prestador de servicios y Capital Salud EAPB-S, estableciendo condiciones mínimas para garantizar la implementación de atenciones individuales que incluyan valoración integral, detección temprana, protección específica, tratamiento y educación para la salud; Estas atenciones se adaptan a diferentes etapas del ciclo vital según las rutas mencionadas. Las intervenciones para grupos en riesgo no especificados deberán llevarse conforme a los lineamientos normativos vigentes.

1. GARANTIAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE LAS RUTAS OBJETO DE LA RESOLUCION 3280 DE 2018

2. Capital Salud EAPB-S en su proceso de contratación establece una articulación entre los actores del sistema (Prestadores, Ente de control, procesos internos de la EAPB), los cuales deberán garantizar la atención y prestación de los servicios correspondientes a cada uno de nuestros afiliados teniendo como base la normativa vigente, lineamientos técnicos y operativos dispuestos por el MSPS, oferta de capacidad instalada y servicios habilitados disponible por el prestador, de acuerdo con lo anterior, en este anexo técnico se definen condiciones técnicas y operativas bajo las cuales los afiliados de Capital Salud EAPB-S deberán ser atendidos:

1.1 Población Objeto

La asignación de la población a la IPS contratada se realizará conforme a los parámetros técnicos definidos por la EAPB y de acuerdo con la Nota técnica del contrato, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 2.5.1.3.2 del Decreto 780 de 2016, y disposiciones contenidas en la Resolución 5857 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. Para efectos del presente contrato, se considerará como población inicial un total de [218.840] afiliados, quienes tendrán garantizado el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención, conforme a lo previsto en el Anexo No. 1 Nota técnica . Esta asignación será actualizada periódicamente de acuerdo con los movimientos poblacionales registrados en el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) o en los sistemas habilitados por el Ministerio para tal fin, y su reconocimiento debe estar evidenciado en el LMA los cuales constituirán el insumo oficial para la validación de la población objeto del contrato, CAPITAL SALUD EAPB-S se compromete a reportar en un tiempo no mayor a 15 días calendario los cambios poblacionales masivos (aumento o pérdida de población) que puedan afectar la operación del contrato de Capita Ampliada de servicios. Se entenderá por ingresos aquellos afiliados que, mediante el mecanismo de libre elección previsto en la normatividad vigente, elijan a la IPS como su prestador de servicios de atención primaria, o que sean asignados por la EAPB con base en criterios de georreferenciación, permanencia o accesibilidad. Por su parte, los egresos corresponderán a aquellos afiliados que deban ser desvinculados de la IPS asignada por causas como fallecimiento, traslado de IPS o de municipio, retiro del sistema de salud, o cualquier otra causal definida en el marco legal vigente, particularmente lo estipulado en el Libro 2, Parte 5 del Decreto 780 de 2016. En relación con las intervenciones en salud pública, la población objeto de las Actividades, Procedimientos e Intervenciones (API) comprendidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, conforme a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, estará conformada por todos los afiliados activos a Capital Salud

EAPB-S con al menos un mes de antigüedad en la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), reportados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). La identificación de esta población se realizará a partir del análisis del proceso de operaciones, utilizando como criterio principal la georreferenciación de los usuarios con asignación efectiva de la subred. . La primera fuente de consulta será través de la web en línea en la página de la EAPB capital Salud, donde se identificará: que el usuario este afiliado a Capital Salud. que el usuario este activo.

que la asignación de IPS primaria corresponda a la subred. el régimen y su condición (cotizante o beneficiario, si es de movilidad).

En caso de no encontrar al usuario, o de no estar activo, no pertenecer a la subred, se debe direccionar al usuario a los canales de atención de la EAPB para su revisión y orientación.

Si de no tener acceso o tener alguna contingencia en la consulta WEB se debe consultar la base de respaldo enviada por la EAPB o hacer la consulta a la línea de atención de la EAPB que funciona 24 horas

1.2 Responsabilidades del prestador

1.2.1 Dar cumplimiento a la normativa vigente, protocolos de vigilancia epidemiológica de salud pública, en el marco de la gestión del riesgo en salud.

1.2.2 Ajustar lo correspondiente para la eliminación de barreras físicas, actitudinales y demás necesarias que garanticen la atención de los a afiliados a Capital Salud EAPB- S.

1.2.3 Garantizar la oportunidad y calidad para la atención de los usuarios en la RPMS y RMPN según normativa vigente

1.2.4 Propender por el cumplimiento con las metas definidas para actividades de PYD De acuerdo con lo establecido en el anexo No. 1 Nota técnica, el PSS se compromete a dar cumplimiento a las actividades planteadas para la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, Ruta Materno perinatal, Ruta pacientes crónicos, Ruta Respiratorios, el PSS deberá realizar seguimiento constante a la ejecución del presente contrato e implementar las acciones que garanticen la atención de la población objeto del presente contrato.

1.2.5 La IPS deberán captar las poblaciones objeto de los programas, realizar las actividades preventivas que le corresponden y reportar la información a la EAPB. Esta captación se debe dar en cualquiera de los momentos que el usuario se acerque a las sedes del Prestador, o en los casos que los equipos básicos Mas bienestar realizan la identificación de factores de riesgo en concordancia con los lineamientos nacionales y la política integral de atención en Salud.

1.2.6 Garantizar la prestación de los servicios contratados en el marco de la Ruta de

Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y la Ruta Materno Perinatal (RMPN), conforme a la normativa vigente y los acuerdos contractuales. Para ello, se deben optimizar los procesos administrativos, incluyendo la gestión de agendas, la exoneración de cuotas moderadoras o copagos , según decreto 1652 de 2022 o normatividad que lo modifique o sustituya , la adecuación de espacios para sesiones educativas, dispensación de métodos anticonceptivos, asimismo, se debe asegurar una atención preferencial y/o diferencial según las necesidades de la población asignada, promoviendo la adecuación intercultural de los servicios mediante procesos de concertación. Esto implica la participación no solo de los representantes de organizaciones, sino a comunidad general, con especial énfasis en la inclusión de las mujeres en el ámbito de la salud materno- perinatal.

1.2.7 Conocer la situación de salud de las personas y familias a su cargo, y generar las acciones requeridas para garantizar su atención oportuna e integral, en el marco de este acuerdo contractual

1.2.8 Validar y gestionar correctamente los derechos de los usuarios en la plataforma de la EAPB-S

1.2.9 Garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación de la RPMS y RMPN, según la población asignada, así como contar con los perfiles definidos para la prestación, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social

1.2.10 Garantizar que el talento humano que genera atenciones en la ruta RPMS y RMPN se encuentre capacitado en la realización de procedimientos, aplicación de instrumentos y ejecución de las consultas de curso de vida o específicas, según su perfil

1.2.11 Contar con un responsable de vigilancia epidemiológica, quien será la persona de contacto para los temas relacionados con la EAPB y la entidad territorial.

1.2.12 Contar con un responsable administrativo en salud o coordinador de los programas de promoción y mantenimiento de la salud y Ruta de atención materno perinatal, quien será la persona de contacto para los temas relacionados con la EAPB y la entidad territorial.

1.2.13 Garantizar el proceso de capacitación continua, dirigida al talento humano que atiende (Administrativo, en salud, operativo) con el fin de mejorar y articular los procesos internos del prestador.

1.2.14 Vincular al talento humano de la institución en las capacitaciones brindadas por el talento humano vinculado a Capital Salud EAPB-S

1.2.15 Realizar las adaptaciones y ajustes de procesos y rutas de atención requeridos queridos para garantizar la prestación integral y con claridad de la RPMS y RMPN.

1.2.16 Cumplir con la normativa relacionada al proceso de vacunación (Circular 044 de 2013)

1.2.17 Participar en las jornadas de vacunación establecidas por el Ministerio de Salud

y Protección Social, jornadas de salud rosa (Salud para la mujer), Salud Masculina, Infancia, vejez y gestantes.

1.2.18 Direccionar a la población a su cargo, hacia los servicios sociales, las intervenciones colectivas o a las entidades responsables de las atenciones dispuestas en rutas intersectoriales para la atención de eventos como la violencia de género, violencia sexual, maltrato infantil, entre otras, en los casos que se requiera; la entidad deberá contar con su respectiva ruta de atención.

1.2.19 Garantizar el cumplimiento de la resolución 2350 de 2020 o aquella que modifique

1.2.20 los usuarios que asistan a una subred diferente a la que tiene su asignación de IPS deben ser direccionados por la Subred a: 1) la subred asignada de acuerdo a georreferenciación, 2) PAU para actualización de datos de georreferenciación y asignación de IPS primaria acorde a los datos. En ningún caso se realizarán reconocimientos a las subredes que atiendan pacientes de otra subred puesto que los eventos mensuales están calculados por ciclos de vida. Es preciso indicar que el contrato es por población asegurada asignada a la IPS primaria, que si bien, la afiliación se realiza por cualquiera de las fuentes habilitadas, en este caso SAT, se vería reflejado en la población objeto de la liquidación mensual, si surtió el proceso de afiliación en la EAPB

1.2.21 Los servicios habilitados y ofertados por la IPS que no se encuentren incluidos en el presente contrato, y que sean requeridos por los usuarios previa orden médica, deberán contar con la autorización expresa de la EAPB para su prestación. El valor o derogue, relacionada con mantener un stock de fórmula terapéutica nutricional, para realizar la prueba de apetito según lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad. Si el usuario presenta cambio de lugar de residencia es importante orientarlo a los canales de atención de la EAPB para realizar la novedad de actualización de datos y con ello el cambio de IPS primaria, este cambio aplicaría solo hasta el 01 día del mes siguiente al reporte de la novedad.

1.2.2 Los servicios habilitados y ofertados por la IPS que no se encuentren incluidos en el presente contrato, y que sean requeridos por los usuarios previa orden médica, deberán contar con la autorización expresa de la EPS para su prestación. El valor de dichos servicios deberá ser previamente concertado entre las partes. En caso de ser facturados sin la debida autorización de la EPS, estos serán objeto de glosa. Si el usuario presenta cambio de lugar de residencia es importante orientarlo a los canales de atención de la EPS para realizar la novedad de actualización de datos y con ello el cambio de IPS primaria, este cambio aplicaría solo hasta el 01 día del mes siguiente al reporte de la novedad.

1.2.22 Para aspectos reporte de Cuenta de Alto Costo, Para efectos de las auditorías realizadas por los entes de control y la Cuenta de Alto Costo, y con el fin de soportar la información registrada en los reportes, el CONTRATISTA deberá cumplir con los plazos establecidos para la entrega de las copias de las historias clínicas en medio magnético, a partir de la solicitud realizada por CAPITAL SALUD EPS-S SAS.

La EAPB y la IPS deberán mostrar y evidenciar el avance a la implementación de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud, la Ruta Materno Perinatal, Ruta Cardio Cerebro Vascular Y Metabólica y otras según la Resolución 202 del 2016 y Resolución 3280 del 2018 de acuerdo con la metodología establecida por Capital Salud, de las rutas implementadas por la Subred

- Garantizar la disponibilidad y suficiencia de métodos anticonceptivos para el suministro / de los contratados y definidos en la nota técnica Anexo No.1
- garantizar las consultas de las rutas atención
- Implementar la aplicación de los anexos técnicos establecidos en la Resolución 3280 de 2018, garantizando su uso en la atención materno-perinatal, de las rutas de obligatorio cumplimiento

Estos incluyen:

Anexo 1: Lista de chequeo para el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional
Anexo 3: Condiciones para remitir a un nivel de mayor complejidad en la unidad de cuidado obstétrico.
Anexo 5: Escala Obstétrica de Alerta Temprana.
Anexo 8: Gráfica de evaluación nutricional de la embarazada ATALAH – Índice de Masa Corporal para la Edad Gestacional.
Anexo 9: Evaluación de la técnica de lactancia.
Anexo 11: Factores de riesgo para eventos tromboembólicos durante la gestación, el parto y el puerperio.
La implementación de estos anexos contribuirá a la estandarización y mejora de la atención en salud materno-perinatal, asegurando un enfoque integral y basado en la normatividad vigente.

1.3 Educación en salud y actividades de IEC

1.3.1 Realizar las actividades de inducción a la demanda intramural o extramural a los programas de promoción y mantenimiento de la salud, tales como: canalización de usuarios a través de llamada telefónica o visita domiciliaria según el caso (si esta fue contratada), la cual deberá contar con soporte en historia clínica y/o formato Excel para el registro.

1.3.2 Generar campañas internas de educación para la salud, de acuerdo con la

caracterización poblacional, brotes o situaciones de emergencia.

1.3.3 tener como referencia los lineamientos de educación para la salud definidos por Capital Salud EAPB-S de acuerdo a documento de Capital Salud A19-PA Lineamiento operativo sesiones educativas individuales y grupales macroproceso planeación del aseguramiento en salud proceso promoción y mantenimiento de la salud

1.3.4 Implementar la estrategia de información y comunicación en salud, para la promoción y el cuidado de la salud materna neonatal y la reducción de la mortalidad materna.

1.4 **Captura y Soporte de la Información**

1.4.1 Garantizar que la historia clínica del usuario asignado describa las atenciones, conforme a los lineamientos de la RPMS y RMPN

1.4.2 Para el monitoreo y evaluación de las actividades se realizarán mediante la información que se reporta en el marco de las resoluciones 2806 de 2022, 202 de 2021, 2175 de 2015; SIVIGILA, PAI WEB y las demás fuentes de información existentes, que modifiquen o sustituyan, requeridas por el ministerio de salud y protección social.

1.4.3 Certificación Código CUV y Reportar los Registros individuales de prestación de servicio (RIPS.json) los primeros diez (10) días del mes siguiente a la prestación del servicio como soporte de radicación de acuerdo con la resolución 2275 de 2023.

1.4.4 Reportar la información de vacunación a ministerio de salud y protección social en el aplicativo PAIWEB 2.0 o aquel que modifique o derogue, con copia a la EAPB de manera mensual, completando el antecedente vacunal del usuario (biológicos registrados en carné con soporte físico, o aplicados por la IPS).

1.4.5 Resolución 4505 de 2012: teniendo en cuenta que el artículo 7 de la resolución establece la responsabilidad de las IPS de "recolectar y reportar a las empresas administradoras de planes de beneficios, incluidas las de régimen de excepción de salud y a las direcciones municipales y distritales de salud, el registro por persona de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el anexo No. 3 manual de operación y auditoria que hace parte integral de esta resolución", las IPS deben continuar con el reporte información según la normatividad vigente, de la totalidad de las actividades realizadas, mensual de acuerdo al cronograma de cargue establecido por Capital Salud EAPB-S

1.4.6 Dar cumplimiento a circular 047 del 2022 del plan de desaceleración para la mortalidad materna (PARE) reportando semanalmente en el formato establecido por la EAPB, las atenciones realizadas a la cohorte de gestantes

1.4.7 Dar cumplimiento a la modificación resolución 273 del 2019, la cual establece el reporte de información de la infección por virus de inmunodeficiencia humana o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) de manera trimestral

1.4.8 Reporte en la estructura definida por Capital Salud EAPB-S, la relación nominal de

pruebas de embarazo tomadas a las afiliadas

El archivo Anexo Técnico de la Resolución 202 de 2021 se recibirá uno por toda la IPS en el formato *.txt con las frecuencias definidas y las fechas socializadas por la EAPB, cumplimiento con los criterios de oportunidad y calidad de la información teniendo en cuenta que no debe contener usuarios duplicados, ni repetidos en la estructura definida por el Ministerio de Salud y Protección Social

1.4.9 es obligatorio el seguimiento y monitoreo de cohortes de vacunación. No realizarlo implica inicio de plan de mejora y si persiste la falencia se planteara inclusion como indicador de descuento. Informando lo correspondiente en las mesas de asistencia técnica de la EPS

1.5 Monitoreo y seguimiento

1.5.1 Todas la IPS contratadas, serán objeto de evaluación de programas de promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal y salud pública, independientemente de la modalidad de contratación.

1.5.2 Cumplir los mecanismos de referencia y contrarreferencia y de coordinación entre los prestadores establecidos por la EAPB incluyendo el nivel ambulatorio, especialmente para completar la realización de pruebas complementarias, consultas, imágenes diagnósticas y demás, que permitan la confirmación o descarte de una enfermedad……

1.5.3 Hacer seguimiento a la realización de exámenes complementarios derivados de la atención en la RPMS y RMPN

1.5.4 Realizar el seguimiento de las cohortes de la RPMS, RMPN y de los usuarios con eventos de interés en salud pública y el cumplimiento de las actividades del protocolo vigente para Colombia.

1.5.5 Realizar la gestión de caso de los usuarios de la RPMS Y RMPN y eventos de salud pública que lo requieran.

1.5.6 Realizar el monitoreo permanente de la población objeto de la RPMS Y RMPN y las intervenciones realizadas, según lo definido contractualmente.

1.5.7 Generar los planes de mejora a que haya lugar, en el marco de sus competencias, los resultados en salud de la población afiliada

1.5.8 El prestador primario (exclusivo o no exclusivo), debe realizar su propio autocontrol y revisión de resultados mensualmente,

1.6 Actividades de protección específica y detección temprana

1.6.1 Prestar el servicio de manera integral, según territorio y por curso de vida, aprovechando todos los momentos que el usuario asiste a la IPS.

1.6.2 La IPS deberá priorizar en el programa de planificación a las usuarias en edad fértil que presenten comorbilidades, sean adolescentes o hayan tenido un evento obstétrico reciente.

1.6.3 Para el proceso de Inserción de implante subdérmico o dispositivo intrauterino,

cuando la IPS tiene contratado el procedimiento, deberá contar con todos los elementos requeridos para el procedimiento;

1.6.4 La atención preconcepcional se desarrollará como parte integral de la ruta materno perinatal.

1.6.5 La IPS debe prestar el servicio de atención a la población afiliada, de acuerdo con los lineamientos de la RPMS Y RMPN

1.6.6 Gestionar el riesgo del usuario a través del ordenamiento de los exámenes definidos en la RPMS Y RMPN, según edad, género y riesgo. de acuerdo a lo contemplado en anexo No. 1 Nota tecnica

1.6.7 Garantizar la aplicación, consolidación y utilización de los instrumentos definidos en el curso de vida, en los lineamientos de ministerio de salud y protección social, Resolución 3280 del 2018 e instrumentos de obligatorio cumplimiento, los cuales deben aplicarse y reportar resultados de las escalas de obligatorio cumplimiento

1.6.8 La IPS podrá generar jornadas de toma de laboratorios de la RPMS Y RMPN, para posteriormente realizar la consulta de lectura de laboratorios y valoración del paciente, lo anterior aplica para casos en los que se realiza valoración integral en forma simultaneo. Y para tamizaje en la frecuencia en la frecuencia que corresponda según el curso de vida **.**

1.6.9 El profesional de medicina y enfermería podrán derivar a otros servicios, procedimientos o consultas a los usuarios, según los lineamientos de la RPMS Y RMPN, según lo contemplado en la Resolución 3280 del 2018

1.7 Detección Temprana de cáncer

1.7.1 Para el año 2025 se fortalecerá el seguimiento y monitoreo de la detección temprana del cáncer, con enfoque en los canceres priorizados por el ministerio de salud y protección social y que cuentan con prueba tamiz en el sistema de información, (cuello uterino, mama, colorrectal, próstata) en el caso de cáncer infantil la IPS notificara sospecha o posibles casos a EAPB.

1.7.2 Aplicación de las responsabilidades de su institución en el cumplimiento de La Circular Conjunta Externa 010 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Instituto Nacional de Cancerología y la Superintendencia Nacional de Salud, o aquella que modifique o derogue; la cual presenta un plan de choque para fortalecer las acciones dirigidas al control del cáncer en Colombia.

1.7.3 Garantizar el cumplimiento de las actividades relacionadas con el programa en términos de organización de la red de servicios en salud, fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud, programa de aseguramiento de la calidad, información, educación y comunicación, seguimiento y monitoreo, de acuerdo con su competencia.

1.7.4 Sensibilizar al equipo de trabajo en las responsabilidades desde cada rol para

la detección temprana del cáncer.

1.7.5 La IPS deberá notificar de manera inmediata excepto fin de semana, en los cuales máximo 48 horas a la EAPB los casos de las pruebas de tamización mamográfica para detección temprana de cáncer de mama, cuyo resultado sea BIRADS 5; también son objeto de reporte inmediato todos los resultados de biopsias positivas que tenga la institución.

1.7.6 La IPS deberá notificar de manera inmediata excepto fin de semana, en los cuales máximo 48 horas a la EAPB los casos de las pruebas de tamización para detección temprana de cáncer de cérvix, cuyo resultado sea superior a ASCUS; también son objeto de reporte inmediato todos los resultados de biopsias positivas que tenga la institución.

1.7.7 La IPS deberá notificar de manera inmediata excepto fin de semana, en los cuales máximo 48 horas a la EAPB los casos de las pruebas de tamización para detección temprana de cáncer de próstata, cuyo resultado sea positivo; también son objeto de reporte inmediato todos los resultados de biopsias positivas que tenga la institución.

1.7.8 La IPS deberá notificar de manera inmediata excepto fin de semana, en los cuales máximo 48 horas a la EAPB los casos de las pruebas de tamización para detección temprana de cáncer de colorrectal, cuyo resultado sea positivo; también son objeto de reporte inmediato excepto fin de semana, en los cuales máximo 48 horas todos los resultados de biopsias positivas que tenga la institución

1.7.9 La IPS debe garantizar la calidad en la toma, transporte y procesamiento de las muestras, mediante protocolos y prácticas que aseguren un proceso adecuado y resultados confiables, según aplique.

1.8 Fortalecimiento del Talento Humano en Salud

Uno de los pilares para lograr el mejoramiento de la resolutividad de la medicina general, es el fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud, para la aplicación adecuada y oportuna de protocolos y guías de manejo, que aporten a la mejora de la salud de los afiliados, por lo anterior, y bajo la normatividad vigente, (decreto 376 de 2022, resolución 3280 de 2018, o aquella que modifique o derogue), se requiere que las IPS aliadas de la red primaria:

1.8.1 Elaborar los planes institucionales de formación continua, descritos en el decreto 376 de 2022.

1.8.2 Garantizar fortalecimiento de competencias del talento humano propio de su institución, de manera periódica, de acuerdo con lo indicado en la resolución 3280 de 2018.

1.8.3 Garantizar fortalecimiento de competencias del talento humano propio de su institución, en los protocolos y procesos de vigilancia epidemiológica y salud

pública, de acuerdo con lo indicado en los lineamientos

1.8.4 Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano definidos por Capital Salud EAPB-S para el equipo de la red primaria de atención, (sincrónicos y asincrónicos) Previa concertación de horarios y cronogramas

1.8.5 La IPS también deberá garantizar procesos adecuados de inducción y reinducción del personal. Socialización de GPC, Protocolos, rutas de Atención y demás documentos requeridos por Capital Salud EAPB-S

1.9 Actividades de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS)

El conjunto de intervenciones que se deberán garantizar a nuestros afiliados en sus diferentes momentos de curso de vida, y que tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud, tendrán el propósito de potenciar o fortalecer las capacidades para el cuidado de su salud, minimizar el riesgo de enfermar o derivarlos oportunamente a rutas de grupo de riesgo o a los servicios de salud correspondientes para el manejo de su condición de salud. Estos se deberán garantizar conforme los lineamientos normativos del MSPS, Resolución 3280 del 2018 el Instituto Nacional de Salud – INS y el modelo de atención Mas Bienestar.

La prestación de las intervenciones contempladas en la resolución 276 de 2019, tendrá un cumplimiento de metas definidas entre las partes y de acuerdo a nota técnica anexo No. 1 s establecidos en las resoluciones y sus anexos técnicos vigentes para cada anualidad y demás normas que le complemente, deroguen, modifiquen o sustituyan.

Los códigos CIE 10 o la actualización que corresponda, en el momento de diligenciar la estructura de RIPS.JSON deben estar diligenciados en los campos de diagnóstico. Esto permitirá rastrear de una manera más eficiente las actividades que están inmersas en la atención integral en salud entre las que se encuentran la valoración del crecimiento y desarrollo, la valoración del estado nutricional antropométrico, la valoración de la salud visual; con el fin de poder realizar el seguimiento al cumplimiento de las intervenciones y por ende el seguimiento de las cohortes.

1.10 Educación para la Salud

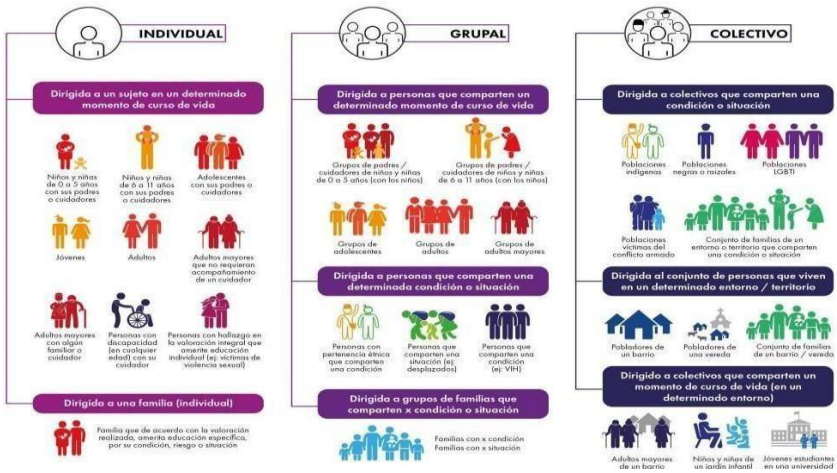
Teniendo en cuenta el marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS y la RMPN, orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas del Ministerio de Salud y Protección Social, en donde se define la educación para la Salud como el proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, que pretende

construir o fortalecer el potencial de las personas y familias para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas, aportando al desarrollo de la autorrealización, autogestión y autonomía individual y colectiva.

De acuerdo con lo anterior, la IPS y Capital Salud EAPB-S definirán los temas y contenidos temáticas con los que se educara a la población afiliada, El ejercicio educativo podrá realizarse a nivel intramural o extramural (en un sitio óptimo, que puede ser el hogar del afiliado, salones comunales, entre otros), siempre y cuando la persona pueda hablar con tranquilidad de su caso y se mantenga el secreto profesional y confidencialidad; o a través de una vía virtual (bajo metodologías presenciales, virtuales o semipresenciales que permitan la participación de las personas).

1.10.1 Individuales

1.10.2 Grupales



Para implementación tener en cuenta el lineamiento operativo de cesiones educativas individuales y grupales (A19-PA)

1.10.1 ¿Cuándo implementar la educación?: Individual: Cuando el profesional responsable de un determinado servicio de salud considere que la persona o miembros de una misma familia requieren:

- Comprender y apropiar ciertas prácticas de cuidado de su salud, para evitar mayores riesgos
- Cuando la condición o situación del afiliado requiere de privacidad en el manejo de la información
- Se requiere de estrategias didácticas específicas para lograr el aprendizaje que se espera (por discapacidad, por pertenencia étnica, entre otras)
- Por solicitud del sujeto.

1.10.2 Grupal o familiar: Se realizará por demanda inducida o inscripción autónoma de las personas o grupos de familias que comparten situaciones o condiciones similares, de acuerdo con las frecuencias de uso definidas en las rutas de atención integral en salud para cada tramo del curso de vida (para la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud) o lo definido en las Rutas específicas. O por derivación de la entidad territorial en el marco de las intervenciones colectivas.

Notas:

Para todos los tipos de sesiones la IPS deberá diseñar o contar con herramientas didácticas, de acuerdo con las características de las personas (momento del curso de vida, etnia, condiciones de salud–identificando previamente qué afectaciones sobre los procesos psicológicos y las capacidades que se requieren en las personas según las determinadas condiciones de salud-, entre otras). No confundir la herramienta didáctica con una propaganda o una pieza comunicativa (que también se puede entregar a los participantes, pero no las reemplaza).

Considerando la importancia de desarrollar capacidades en las mujeres gestantes, así como en sus parejas y familias, para comprender los cambios físicos, psicológicos y sociales que suceden en esta etapa de la vida, con el fin de que promuevan el cuidado de la salud y disminuyan el riesgo de morbilidad y mortalidad, la red de prestadores de servicios contratada por Capital Salud EAPB-S, deberá implementar el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, con la periodicidad definida según normativa vigente.

1.10.3 Sobre el número de sesiones y duración de cada una

- Educación Individual: De acuerdo con el plan de acompañamiento establecido con cada persona. Sesiones de 20 a 30 minutos (deben considerar el establecimiento de formas de seguimiento y posible acompañamiento – virtual, telefónico**)**

Educación Grupal: 2 ciclos por momento de curso de vida (cada ciclo tendrá mínimo 3 sesiones y máximo 6) desarrollados entre uno y tres meses. En total, una persona debería asistir a mínimo 12 ciclos educativos en el curso de su vida. En la familia se realizará como mínimo un ciclo. Cada sesión grupal durará entre 90 y 120 minutos-. duración mínima oscila entre los 60 y los 90 minutos cada una

Nota: La IPS deberá ofertar de manera permanente los ciclos educativos para garantizar la cobertura a todos nuestros afiliados, por momento de curso de vida.

Para la RMPN y el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, la IPS deberá ofertar una sesión antes de la semana 14, tres sesiones en el segundo trimestre y tres sesiones en el tercer trimestre

1.10.4 Sobre el número de personas con el que se desarrollara las sesiones.

-individuales: Una o dos si requiere un acompañante

-familiares: Una familia implica mínimo 2 integrantes de esta participando de la sesión educativa.

-grupales: Grupos de máximo 30 personas y Grupos de máximo 10 familias.

1.10.5 Sobre la Cobertura de educación para la salud.

- Individual y Familiar: Según demanda o según lo definido por los profesionales de la salud.

Grupal: De acuerdo con lo definido en la ruta de Promoción y Mantenimiento por momento de curso de vida. La cobertura mínima debe ser el 50% del total de los afiliados por momento de curso de vida. Considerando la prioridad que tiene la población gestante y el impacto favorable sobre la morbimortalidad que se desea obtener con el fortalecimiento de las capacidades en conocimiento del autocuidado y cuidado de recién nacido, la cobertura mínima debe ser del 80% del total de gestantes atendidas**.**

1.10.6 Sobre la evaluación de las sesiones educativas.

Todas las sesiones educativas, ya sean individuales, familiares o grupales, deben ser facturadas utilizando el código CUPS correspondiente a cada tipo de educación. la implementación de las actividades educativas será verificada durante las asistencias técnicas relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, así como con la salud materno-perinatal. Estas asistencias serán llevadas a cabo por profesionales del departamento de riesgo en salud, quienes se encargarán de verificar el cronograma institucional de educación en salud y las evidencias correspondientes para las sesiones educativas. Este respaldo se validará de la siguiente manera: para las sesiones individuales, se utilizará la historia clínica; mientras que, para las sesiones grupales y colectivas, se requerirán listados de asistencia y evidencias fotográficas.

El seguimiento a las cohortes, tanto por momento del curso de vida como por cohorte de gestantes, se realizará a partir de los RIPS. Se generarán reportes que evidencien el grado de transformación en conocimientos, actitudes, valores y prácticas, así como su impacto en la salud tras cada ciclo educativo.

Capital Salud EAPB-S analizará la información proporcionada por cada IPS y solicitará los ajustes necesarios en el diseño de las propuestas pedagógicas implementadas por los prestadores, con el objetivo de alcanzar los resultados en salud establecidos para el período vigente….

Nota: Para la implementación del componente de educación en salud, el prestador debe adaptar los lineamientos del Marco Conceptual y Metodológico para el Desarrollo de la Educación para la Salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Este documento, diseñado por el Ministerio de Salud, forma parte de los anexos de la Resolución 3280 de 2018 y puede ser consultado en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices educaci on-pp.pdf

Adicionalmente la EAPB diseña formato denominado Formato de educación denominado lineamiento operativo sesiones educativas individuales y grupales. (A19-PA), que debe ser aplicado a toda actividad educativa

1.11 Enfoque Diferencial

Para Capital Salud EAPB-S, es fundamental que el prestador cumpla con las acciones correspondientes para cada uno de sus afiliados, con el objetivo de reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos no deseados, evitables o negativos, así como prevenir el empeoramiento de condiciones de salud previas. Es por ello por lo que se exige que los usuarios atendidos sean agrupados de acuerdo con los riesgos presentados y reciban todos los servicios que, por norma, les corresponden.

El prestador debe garantizar una atención en salud que incorpore un enfoque diferencial, tomando en cuenta la normatividad vigente que regula la atención de los grupos poblacionales vulnerables. Estos incluyen menores de 5 años, gestantes, adultos mayores, habitantes de calle, migrantes, personas con discapacidad, población LGTBIQ+, víctimas de violencia de género, así como una atención psicosocial diferenciada para las víctimas del conflicto armado interno y los usuarios de las 9 sentencias. Asimismo, se debe asegurar una atención adecuada para pueblos y comunidades indígenas, Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras- NARP, Pueblos Indígenas y el Pueblo ROM o Gitano, con el fin de garantizar el restablecimiento de sus derechos, tal como se señala en el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública. Este plan resalta las particularidades y realidades de las poblaciones étnicas, tales como su cosmovisión, usos y costumbres, origen e identidad cultural,

El prestador está obligado a cumplir con las disposiciones legales contenidas en la Ley 1315 de 2019, la Ley 1448 de 2011, resolución 1166 de 2008 el Decreto 4800 de 2011, la
Resolución 2626 de 2019, la Circular 011 de marzo de 2018, la Resolución 050 de enero de 2020, la Resolución 2138 de 2023, así como con las disposiciones establecidas en la Circular 001 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1964 del 10 octubre 2024, en todo lo relacionado con los protocolos de atención, la ruta de acceso a la prestación de servicios y el suministro de productos contemplados en el presente contrato. Además, se debe facilitar de servicios de intérpretes y traductores para los pueblos indígenas que lo soliciten, en

conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Ley 1381 de 2010. Las normas mencionadas regulan la atención en salud en Colombia, enfocándose en la protección de derechos de poblaciones vulnerables.

1.12 De la demanda inducida

El prestador deberá captar de manera efectiva y oportuna a los usuarios afiliados a Capital Salud EAPB-S para las atenciones e intervenciones de la RPMS y la RMPN, según corresponda, y que forman parte de la Nota técnica. Esto se logrará mediante la implementación de diversas estrategias, incluyendo la demanda inducida. La efectividad de estas estrategias será evaluada como parte del proceso para garantizar el acceso a las intervenciones individuales según el momento del curso de vida de nuestros afiliados.

El prestador deberá entender la demanda inducida como todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada para cumplir con las atenciones de Valoración Integral, Protección Específica y Detección Temprana establecidas en las normas técnicas, conforme a los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018. Basado en esto, el prestador entregará a Capital Salud EAPB-S, al inicio de la vigencia contractual y en el mes de julio en cada año, un plan que implementará para garantizar las coberturas o el cumplimiento de las obligaciones contractuales de todos los afiliados del territorio. Este plan deberá incluir las necesidades de su población por momento de curso de vida o riesgo (gestantes), los riesgos probables o identificados, objetivos, metodología, metas y plan de acción. Además, las partes deberán construir estrategias conjuntas para mejorar la prestación de los servicios de salud a los afiliados de las zonas urbana, rural y rural dispersa, bajo el enfoque diferencial correspondiente (étnico, discapacidad, víctimas de violencias, entre otros) Esto tiene como objetivo mejorar progresivamente la canalización de los usuarios hacia las actividades programadas de la RPMS y la RMPN, así como fortalecer el seguimiento y captación de los inasistentes o inhaderentes a los programas correspondientes. Para ello, las IPS deberán reportar al Profesional de Riesgo los datos de contacto del personal encargado de realizar las acciones de demanda inducida y el seguimiento interno trimestral que realiza la IPS a la efectividad de su demanda inducida.

Capital Salud EAPB-S enviará mensualmente a los líderes de riesgo de los prestadores las bases de datos con la población susceptible a las actividades de promoción y mantenimiento de la salud. Asimismo, reportará los usuarios registrados como víctimas de conflicto armado, los usuarios que forman parte de la medida de reparación de las 9 sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y los usuarios con algún tipo de discapacidad, con el fin de que sean priorizados con estrategias de demanda inducida para recibir las atenciones correspondientes de la RPMS y la RMPN, bajo el enfoque psicosocial conforme a la normatividad legal vigente. La información enviada corresponderá

a la última actualización y validación de RIPS y JSON de acuerdo con la resolución 2275 de 2023 por parte del prestador.

Nota 1: Para la RMPN, se deberá realizar la notificación mensual al Profesional de Riesgo en Salud de las usuarias inasistentes o inhaderentes al programa de control prenatal.

Nota 2: La IPS actualizará permanentemente los datos de contacto de los usuarios atendidos, a través de todos sus registros (facturación, historia clínica y bases de datos de los programas). Cada vez que se atienda a un usuario, se deberá actualizar, como mínimo, la siguiente información: correo electrónico, dirección de residencia (incluyendo barrio, vereda o corregimiento), número de contacto telefónico y, al menos, un número de teléfono adicional donde se pueda contactar al usuario. La información se recopilará mediante las bases de datos proporcionadas por el prestador de servicios de salud para las rutas materno-perinatal, riesgo cardiovascular y tamizaje de cáncer de cuello uterino, utilizando la plataforma establecida por la EAPB (IRIS), así como pacientes con obesidad o con desnutrición

1.13 soportes de la demanda inducida

Para efectos de seguimiento y evaluación de la efectividad de la demanda inducida por parte del proceso de gestión de riesgo nacional, el prestador deberá reportar mensualmente (los primeros 5 días de cada mes) al Profesional de Riesgo en Salud.

1.13.1 Los usuarios con inducción a la demanda efectiva, en el Formato de Inducción a la Demanda (F28-PA formato demanda inducida cohortes), a partir del cual se calculará la demanda inducida efectiva y el resultado para el reconocimiento del pago por este concepto (según lo definido en la Nota técnica). Se continuara formato establecido previamente acordado

1.13.2 En el formato de seguimiento a la efectividad e inefectividad (F28-PA formato

demanda inducida cohortes), se deben registrar los afiliados que, pese a su búsqueda o canalización, no han recibido los servicios que les corresponden y las razones por las cuales no se ha realizado, además se contará como demanda inducida efectiva el reporte del disentimiento informado o novedades de inasistencia de la demanda inducida que sean reportadas en este formato. en la operación del contrato se ajusta el procedimiento especifico.

Nota: En los formatos anteriores, la IPS deberá marcar a los usuarios víctimas de conflicto armado, a los usuarios que forman parte de la medida de reparación de las 9 sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y a los usuarios con algún tipo de discapacidad a los que se le realizó inducción a la demanda.

1.14 De los riesgos de la valoración integral

Si durante la atención integral de nuestros usuarios, se llegara a identificar la presencia de riesgos en salud, el prestador deberá derivar oportunamente al usuario a la(s) ruta(s) del grupo de riesgo a la que aplique y/o a los servicios de salud requeridos para el manejo de su condición. En caso de que estos servicios estén incluidos dentro este u otro contrato con la IPS, el prestador procederá a garantizar la atención según los estándares de oportunidad previamente convenidos. De lo contrario, efectuará la remisión a los prestadores que formen parte de la red establecida por Capital Salud EAPB-S. Si se identifican dificultades para el acceso del afiliado a estos servicios, el prestador deberá notificarlo de inmediato a Capital Salud EAPB-S a los siguientes correos:

NOMBRES COMPLETOS	**ACTIVIDAD**	**CORREO COORPORATIVO**
Adriana Moreno Mendez	REFERENTE ARTRITIS	adriana.morenom@capitalsalud.gov.co
Ana Roció Bautista Barajas	LIDER DE COHORTE CANALIZACIONES	profesional.aseguramiento3@capitalsalud.gov.co
Andrea Elizabeth Cubillos Lopez	REFERENTE ALTO COSTO	andrea.cubillosl@capitalsalud.gov.co
Angela Briyid Quintero Espinosa	REFERENTE CANCER ALTO COSTO	referente.cancer@capitalsalud.gov.co
Angela Yaneth Rengifo López	LIDER REFERENTE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA_SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA_ MORTALIDAD PERINATAL	profesional.gestionriesgo6@capitalsalud.gov.co
Angie Katherin Sanabria	REFERENTE SALUD ORAL	spsaludoral@capitalsalud.gov.co

Cifuentes		
Carol Lizeth Delgadillo Silva	REFERENTE RESOLUCIÓN 202-REPORTES	pyd4505dg@capitalsalud.gov.co
Christian Camilo Ramirez Gutierrez	LIDER ALTO COSTO	profesional.gestionriesgo19@capitalsalud.gov.co
Christian David Cañon Amaya	REFERENTE PAI	lider.vacunaciones@capitalsalud.gov.co
Cindy Tatiana Valencia Jaimez	REFERENTE ENFERMEDADES HUERFANAS ALTO COSTO	profesional.altocosto2@capitalsalud.gov.co
Darly Maricel Cruz Gonzalez	REFEREBTE COHORTE CRONICOS	profesional.saludpublica2@capitalsalud.gov.co
Diana Helda Vargas Anzalo	REFERENTE COHORTE CRECER	diana.vargasa@capitalsalud.gov.co
Diego Chivara Pupo	EPIDEMIOLOGO BOGOTÁ	epidemiologiabogota@capitalsalud.gov.co
Erika Ruth Lopez Pedraza	NACIONAL	epidemiologadg@capitalsalud.gov.co
Fabiola Monroy Rodriguez	REFERENTE DETECCIÓN TEMPRANA	fabiolamr@capitalsalud.gov.co
Geraldine Milena Samudio Salazar	REFERENTE SALUD MENTAL	profesional.gestionriesgo14@capitalsalud.gov.co
Ingrid Natalia Carantón Macias	COORDINADORA MGR	coorsaludpublica@capitalsalud.gov.co
Jeydi Teresa Torres Delgado	LIDER COHORTE POBLACIONES ESPECIALES	profesional.gestionriesgo33@capitalsalud.gov.co
John Ferney Rodriguez	REFERENTE NACIONAL - COHORTE DE ENFOQUE DIFERENCIAL Y	enfoquediferencial@capitalsalud.gov.co

	DEMANDA INDUCIDA	
Karen Adriana Torres Villalobos	REFERENTE SSR	profesional.gestionriesgo8@capitalsalud.gov.co
Laura Alejandra Davila Rojas	LIDER DE COHORTE PRIMERA INFANCIA E INFANCIA Y ADOLECENCIA	referenteninos@capitalsalud.gov.co
Laura Cristina Bedoya Velez	REFERENTE NUTRICION	profesional.gestionriesgo21@capitalsalud.gov.co
Luisa Fernanda Ocampo Vargas	REFERENTE EPOC, ASMA	profesional.gestionriesgo5@capitalsalud.gov.co
Maria Alejandra Triviño Cervera	LIDER COHORTE MATERNO PERINATAL BOGOTA	profesional.gestantes@capitalsalud.gov.co
Martha Liliana Mojica Socha	LIDER DE COHORTE JUVENTUD ADULTEZ Y VEJEZ	profesional.gestionriesgo34@capitalsalud.gov.co
Nancy Emilia Gomez Lizarazo	REFERENTE TRANSPLANTES ALTO COSTO	nancy.gomezl@capitalsalud.gov.co
Noris Del Carmen Arteaga Osorio	REFERENTE MATERNO NACIONAL	profesional.gestionriesgo22@capitalsalud.gov.co
Nury Monsalve Mutiz	LIDER DE COHORTE VSP-INFANCIA - VISUAL Y AUDITIVO	enfermeravsp@capitalsalud.gov.co
Reina Margarita Soto Yaima	LIDER COHORTE POBLACIÓN INDIGENA	profesional.indigena@capitalsalud.gov.co
Rubiela Velasquez Castillo	REFERENTE ENFERMEDAD RENAL	cohorterenalaltocosto@capitalsalud.gov.co
Sindy Hasbleidy Bejarano Melo	REFERENTE INDICADORES TECNICOS CIENTIFICOS	profesional.gestionriesgo9@capitalsalud.gov.co
Sindy Lorena Acosta Vela	REFERENTE VIH-HEPATITIS C ALTO	profesional.altocosto1@capitalsalud.gov.co

	COSTO	
Yohana Andrea Pantoja Erazo	LIDER RUTAS Y COHORTES	profesional.gestionriesgo3@capitalsalud.gov.co

Los cambios serán notificados a los lideres de La subred via correo electrónico desde la coordinación de gestión de riesgo de la EPS

1.15 De las actividades, procedimientos e intervenciones (API) de la ruta materno perinatal (RMPN).

El prestador cumplirá con las siguientes intervenciones individuales consideradas como de Valoración Integral, Protección específica y detección temprana de la RMPN:

- Atención preconcepcional
- Control Prenatal
- Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
- Consulta de odontología
- Consulta de nutrición

Los aspectos técnicos de intervenciones de la RMPN y que hace parte de este anexo, se presentan esquematizadas con, procedimientos, códigos y frecuencias.

1.16 Observaciones de la RMPNS y RMPN

1.16.1 Cumplimiento de la Resolución 207 de 2024 y Resolución 2717 de 2024 en el Programa de Tamizaje Neonatal

El prestador de servicios de salud debe garantizar a los usuarios el acceso efectivo y de calidad a los servicios y tecnologías definidos en el Programa de Tamizaje Neonatal, conforme a lo establecido en la Resolución 207 de 2024. Para esta vigencia contractual, en concordancia con los lineamientos establecidos en la Resolución 2717 de 2024, se actualizan los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC, incluyendo la realización del tamizaje neonatal básico.

Se incluye en contrato cápita Hipotiroidismo Congénito CUPS 904904 el

Para el tamizaje auditivo corresponde al CUPS 954601emisiones otacústicas, no a consulta pediátrica

El tamizaje neonatal básico, de acuerdo con la Resolución 207 de 2024, incluye un conjunto de pruebas dirigidas a detectar enfermedades congénitas que pueden causar graves problemas de salud si no se tratan a tiempo. Las

condiciones cubiertas en el tamizaje incluyen:

Hipotiroidismo Congénito: Deficiencia de hormona tiroidea que afecta el desarrollo físico y mental.

- Fenilcetonuria: Error metabólico que impide procesar el aminoácido fenilalanina, causando daño cerebral.
- Galactosemia: Trastorno que impide metabolizar la galactosa, dañando hígado, cerebro y riñones.
- Fibrosis Quística: Enfermedad genética que afecta pulmones y páncreas, provocando problemas respiratorios y digestivos.
- Hiperplasia Suprarrenal Congénita: Trastornos genéticos que afectan las glándulas suprarrenales.
- Déficit de Biotinidasa: Deficiencia enzimática que impide utilizar la biotina, ocasionando problemas neurológicos y de la piel.
- Defectos de la Hemoglobina: Trastornos genéticos que afectan la hemoglobina, como la anemia falciforme.
- El tamizaje auditivo identifica posibles pérdidas de audición.
- El Tamizaje visual detecta defectos o enfermedades en la vista.
- El tamizaje de cardiopatías congénitas permite identificar problemas cardíacos
- El tamizaje auditivo identifica posibles pérdidas de audición.
- El Tamizaje visual detecta defectos o enfermedades en la vista.
- El tamizaje de cardiopatías congénitas permite identificar problemas cardíacos

De anteriormente mencionados se realizarán con la subred en el nivel primario lo correspondiente dentro del contrato de cápita y el resto de las pruebas dentro del contrato de actividades complementarias, pero garantizando su realización según corresponda

Las actividades planteadas en la resolución 207 de 2024 establecen un tiempo menor o igual a 28 días (tiempo en el cual el recién nacido es considerado Neonato), en el modelo capitado no se encuentran incluidas, pero son actividades que deben estar incluidas en el modelo PGP en la atención del evento obstétrico, internación del binomio madre-hijo

Como Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), el prestador se compromete a realizar la detección y notificación de casos probables, registrando dicha información en el **SIVIGILA** y generando las alertas correspondientes al

asegurador. Las IPS deberán reportar la aplicación y los resultados del tamizaje en las fuentes de información definidas por las autoridades competentes.

1.17 De las estimaciones de actividades

La programación de los mínimos de las actividades, procedimientos e intervenciones (API) de valoración integral, protección específica, detección temprana y educación para la salud, serán entregadas a cada una de las IPS contratadas, de manera semestral por parte de CAPITAL SALUD EAPB-S.

El cálculo y programación de las API por parte de CAPITAL SALUD EAPB-S, se realiza con base en: - Los históricos de las actividades que ya recibieron previamente los usuarios, - Las frecuencias de uso según la resolución 3280 de 2018 y demás normas o lineamientos técnicos que el complementen y - La población afiliada con corte a 31 de diciembre (programación anual). Sin embargo, estas serán revisadas a los seis meses, con base en la población afiliada con corte a 30 de junio, por si se precisan realizar ajustes por actualización de la caracterización de la población objeto o si se deberán tener en cuenta otras consideraciones. De esta manera, el total de actividades que un prestador deberá realizar de manera mensual, trimestral o semestral, corresponderá a la división del total de actividades entre 12, 4 o 2 respectivamente. De esta manera, se pretende que el prestador al final de cada periodo cumpla con el 80% de las actividades programadas, de esta forma garantizará el acceso de nuestros afiliados a los servicios que le correspondan según la RIA.

Nota 1: Si por ejemplo en un mes no se realizan el número de actividades programadas para ese mes, debe comprender que las actividades y usuarios faltantes por recibir los servicios o atenciones, se deberán sumar a la meta de los meses subsiguientes . El cumplimiento es acumulativo. Es decir, lo que no se hizo por ejemplo en los meses de enero y febrero, deberá sumarse a la meta del mes de marzo y así sucesivamente.
Nota 2: Para la RMPN, no existe un límite en la cantidad de actividades. En esta instancia, se reconocerá el porcentaje total ejecutado según las gestantes reportadas en las bases de datos, el consolidado nacional, los RIPS y el Reporte 202 de 2021

1.18 Indicadores trazadores

Adicional al seguimiento a la ejecución de las API, a través de la Coordinación de Nota Técnica y Estadística, el equipo de Big-Data (Reporte de resolución 202)– información y el equipo de líderes de las cohortes, se evaluarán los resultados en salud de los indicadores que sean priorizados por Capital Salud EAPB-S para la vigencia o periodo contractual.

Con el fin de determinar si los servicios de salud prestados consiguen mantener o

aumentar la salud de los afiliados en cada uno de los territorios en donde Capital Salud EAPB-S hace presencia, se realizará el seguimiento m e n s u a l a los resultados de los siguientes indicadores (los cuales están alineados con los indicadores que hacen parte del índice global de cobertura del MSPS), cuyos resultados servirán también para la autoevaluación que deberá realizar a la IPS frente a su desempeño como operador.

Los resultados de los indicadores deberán ser medidos y consolidados mensualmente, con el fin de ser parte de la evaluación mensual que se realiza en el proceso de supervisión en el que participa el equipo técnico. El seguimiento del cumplimiento general y evolución de resultados se revisará integralmente entre IPS y EAPB mensualmente.

Las fichas técnicas de los indicadores y los porcentajes de descuento/bonificación a aplicar se encuentran detalladas en el Anexo No. 2 Indicadores de seguimiento a la ejecución del contrato. En resumen, son los siguientes:

Indicadores	META	Peso indicador	Observación
1. Porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal	**≥95%**	**0,05%**	el indicador tiene en el denominador excluidas las gestantes que tiene afiliacion despues de la semana 10
2. Porcentaje de tamización para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes	**≥95%**	**0,15%**	
3. Proporcion de mujeres entre 25 a 65 años tamizadas con citologia cervical y/o prueba ADN-VPH	**≥80%**	**0,05%**	
4. Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	**La incidencia país de cáncer de cérvix invasivo fue de 6.4 por 100.000 mujeres**	**0,10%**	
5. Porcentaje de tratamiento de sífilis gestacional.	**100%**	**0,10%**	
6. Captación de usuarios con Diabetes Mellitus con edades entre 18 a 69 años	**65%**	**0,10%**	

7. Porcentaje de pacientes diabéticos controlados	**50%**	**0,10%**	
8. porcentaje de tamización bianual con mamografía de mujeres entre los 50 y 69 años	**≥70%**	**0,10%**	
9. Porcentaje de pacientes hipertensos controlados <60 años	**60%**	**0,15%**	
8. Proporción de pacientes con enfermedades precursoras estudiados para enfermedad renal crónica	60%	**0,10%**	
11. Porcentaje de esquemas de vacunación en niños menores de 1 año	**>95%**	**0,10%**	
12. Porcentaje de captación de hipertensión arterial (HTA en personas de 18 a 69 años	**>=70%**	**0,15%**	
13. Porcentaje de pacientes hipertensos controlados > 60 años	**60%**	**0,15%**	
14. Porcentaje de personas con detección temprana de VIH/SIDA	**95%**	**0,10%**	
Total		**1,50%**	

Nota 1: Estos indicadores son concordantes con los indicadores del índice de cobertura global con los que el MSPS medirá la gestión de Capital Salud EAPB-S y sus resultados a la vez, serán parte de la evaluación del desempeño de la IPS e insumo para el Ranking y para la toma de decisiones frente a la necesidad o no de contratar una IPS alterna para la prestación de los servicios que menor cobertura presenten.

Nota 2: Considerando las brechas existentes en los indicadores trazadores de la RMPN, objeto de este anexo No. 3 manual de operación y auditoria, y su relación con los eventos de interés en salud pública, Capital Salud EAPB-S determina como necesario el análisis de los siguientes casos:

- Todas las muertes maternas.
- Todos los casos de sífilis congénita.
- Casos emblemáticos de mortalidad perinatal por período epidemiológico, según lo definido en el protocolo y definidos por secretaria de Salud de Bogotá.
- Análisis de casos de morbilidades maternas extremas que presenten uno o más de los siguientes criterios: eclampsia/preeclampsia, y hemorragias obstétricas.

- Casos notificados o requeridos por el Ente territorial

Asimismo, se garantizará el cumplimiento de los lineamientos de vigilancia en salud pública y el seguimiento de los eventos de interés. En este sentido, el contratista deberá participar en los análisis de caso convocados por la EAPB y aportar los soportes requeridos para su desarrollo.

1.19 Definición de intolerables:

Con el objetivo de fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud, se definen criterios e indicadores clasificados como intolerables para los Programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud; la identificación de estos indicadores, afectarán el proceso de seguimiento y supervisión del contrato. Los intolerables definidos son:

- Mortalidad en menores de 5 años por EDA-IRA-Desnutrición
- Inconsistencias en la información de la Resolución 202 de 2021
- BIRADS 5 sin gestión (Cuando se tiene contratada toma de mamografías).
- Inconsistencias en información para Auditoria GAUDI
- Mortalidad Materna
- Sífilis Congénita

2. Nota Técnica

La construcción de la nota técnica se realiza de acuerdo con el Decreto 780 de 2016, el Decreto 441 del 2022, la Resolución 3100 de 2019 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan; de igual manera, a lo establecido por las circulares 066 y 067 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud en lo dispuesto a las alianzas estratégicas y/o formas de asociación para la prestación de los servicios de salud contratado

Nota: El anexo no. 1 Nota técnica hace parte integral del presente contrato y Anexo No. 3 manual de operación y auditoria

2.1 Población Objeto

Subred por ciclo de vida	TOTAL AFILIADOS
PRIMERA INFANCIA 0 a 5 Años	14.824
INFANCIA 6 a 11 Años	20.959
ADOLESCENCIA 12 a 17 Años	21.997
JUVENTUD 18 a 28 Años	34.189
ADULTEZ 29 a 59 Años	78.063
VEJEZ >=60 Años	48.808
TOTAL	**218.840**

2.2 Generalidades Componentes Nota Técnica

2.2.1 Equipos Básicos

Implementar equipos básicos de atención en salud con el fin de fortalecer la atención primaria, mejorar el acceso a servicios esenciales, garantizar la continuidad del cuidado y promover la equidad en la atención sanitaria, especialmente en comunidades vulnerables o de difícil acceso.

2.2.2 Programa Ambulatorio

2.2.2.1 Programa Triage 4 y 5 modalidad telemedicina, Programa triage 4 y 5 consulta prioritaria < 24 horas

La estrategia planteada desde la secretaria distrital de salud en el modelo de prestación de servicios de Salud nace de la necesidad de descongestionar los servicios de urgencias de los pacientes cuya atención por servicio de urgencias es clasificada como triage 4 y 5 por el talento humano en salud

2.2.2.2 Programa ambulatorio (resolutividad)

El Programa de Atención Ambulatoria o de Morbilidad General está orientado a brindar atención integral y oportuna a los pacientes con patologías generales, que no requieren hospitalización. Su principal objetivo es ofrecer una atención resolutiva, continua y de calidad desde las unidades funcionales que conforman las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
En este marco, Capital Salud ha propuesto la implementación de un Programa Ambulatorio Ampliado, diseñado para fortalecer la capacidad de respuesta del sistema en el primer nivel de atención. Este modelo contempla la participación de equipos interdisciplinarios de atención en salud, que operan bajo la modalidad intramural, es decir, dentro de las instalaciones de salud, garantizando un enfoque integral, centrado en el paciente y basado en el trabajo colaborativo entre profesionales de distintas áreas (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, entre otros).
Esta estrategia busca no solo mejorar la resolutividad clínica, sino también optimizar la gestión del riesgo en salud, fortalecer la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de enfermedades crónicas y agudas de baja complejidad, contribuyendo así a la descongestión de los servicios de urgencias y hospitalización.

2.2.3 Ruta de pacientes crónicos

La inclusión de la ruta de atención para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y condiciones mixtas, dentro de la cápita del aseguramiento en salud, es una estrategia

fundamental para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y mejorar los resultados en salud pública.

Estas patologías representan una alta carga de enfermedad y generan un elevado consumo de recursos cuando no son adecuadamente controladas. Al incorporarlas explícitamente en la cápita, se reconoce su naturaleza crónica, progresiva y de alto impacto, y se asegura la asignación de recursos financieros y técnicos necesarios para su atención continua, integral y oportuna.

2.2.4 Ruta Materno perinatal

La inclusión de la Ruta Materno Perinatal para mujeres con riesgo bajo y medio dentro de la cápita del aseguramiento en salud representa un paso estratégico y necesario para garantizar la protección integral de la gestante, el recién nacido y su entorno familiar, en línea con los principios de equidad, continuidad del cuidado y enfoque de derechos.

Las gestaciones de bajo y mediano riesgo, aunque con menor complejidad clínica, constituyen el mayor volumen de casos dentro del proceso reproductivo y requieren una atención sistemática, coordinada y centrada en el binomio madre-hijo. Al integrarlas en el cálculo de la cápita, se aseguran los recursos y capacidades necesarias para cubrir todos los componentes esenciales del cuidado:

- Controles prenatales con enfoque diferencial y centrados en la persona, garantizando la detección temprana de signos de alarma y factores de riesgo.
- Atención del parto y posparto inmediato en condiciones seguras, con equipos capacitados y en entornos adecuados que respeten los derechos de la madre y el recién nacido.
- Seguimiento posnatal y controles del recién nacido, incluyendo la promoción de la lactancia materna, la vacunación oportuna y el tamizaje neonatal.
- Educación para la salud y planificación familiar, favoreciendo decisiones informadas y la prevención de embarazos no deseados o de alto riesgo en el futuro.

2.2.5 Ruta Promoción y Mantenimiento de la Salud

2.2.5.1 Salud Oral

La inclusión del componente de salud oral en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, financiado a través de la cápita del aseguramiento en salud, representa un avance fundamental hacia un modelo de atención integral, preventivo y centrado en la persona.

2.2.5.2 Primera Infancia

La importancia de esta ruta radica en que las intervenciones durante los primeros años de vida tienen un impacto decisivo y duradero sobre la salud y el bienestar a lo largo de todo el curso de vida. Por tanto, garantizar una atención oportuna, integral y

centrada en el desarrollo infantil es una inversión estratégica en capital humano y en la equidad social.

2.2.5.3 Infancia

La implementación efectiva de las atenciones diferenciadas para primera infancia e infancia en la Ruta de la Resolución 3280 de 2018 permite abordar de manera integral los determinantes biológicos, sociales y emocionales que influyen en el desarrollo infantil. Estas acciones, articuladas con otros sectores como educación, protección y desarrollo social, constituyen una inversión prioritaria en el capital humano del país, y son clave para cerrar brechas en salud, promover la equidad y garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los niños desde los primeros años de vida.

2.2.5.4 Adolescencia

La Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social establece las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) como un modelo orientado a garantizar el acceso efectivo, equitativo y continuo a servicios de salud, con enfoque diferencial y centrado en el curso de vida. En este marco, la Ruta de Atención para la Adolescencia (12 a 17 años) reconoce esta etapa como un período crítico y transformador, donde se consolidan identidades, hábitos y proyectos de vida que influirán directamente en la salud futura.

2.2.5.5 Juventud

Las atenciones de la Ruta de Juventud en la Resolución 3280 son fundamentales para garantizar una transición saludable hacia la adultez. Invertir en la salud de los jóvenes no solo mejora su calidad de vida en el presente, sino que previene enfermedades crónicas, fortalece el bienestar mental y promueve la productividad social y económica. Esta ruta representa una apuesta estratégica por una juventud saludable, empoderada y con capacidad de ejercer plenamente sus derechos.

2.2.5.6 Adultez

Las atenciones integrales establecidas en la Ruta de Adultez en la Resolución 3280 son fundamentales para garantizar una vida saludable, prevenir enfermedades costosas y evitar complicaciones que afecten la calidad de vida y la autonomía de las personas. Esta ruta fortalece el primer nivel de atención, mejora la continuidad del cuidado y representa una inversión estratégica para un envejecimiento saludable y digno en el futuro.

2.2.5.7 Vejez

La Ruta de Vejez refleja el compromiso del sistema de salud con un enfoque humanizado, preventivo y centrado en la persona, en contraposición a un modelo basado solo en la atención de la enfermedad. Además, promueve la corresponsabilidad entre sectores, familias y comunidad para garantizar un entorno protector y adaptado a las necesidades de la persona mayor.

2.2.5.8 Salud visual

La incorporación de la valoración de agudeza visual dentro de las RIAS favorece el acceso equitativo y oportuno a servicios de salud visual, especialmente en grupos vulnerables y en zonas con limitaciones de acceso a especialistas. Además, se trata de una intervención de bajo costo y alto impacto, que contribuye a mejorar el desempeño escolar, prevenir la deserción educativa, mantener la empleabilidad en la adultez y preservar la independencia en la vejez.

2.2.5.9 Ruta detección temprana cáncer

El cáncer es una de las principales causas de carga de enfermedad, discapacidad y mortalidad en Colombia. Tipos como el cáncer de cuello uterino, mama, próstata y colon tienen una alta prevalencia, pero también comparten una característica clave: son altamente prevenibles y tratables si se detectan a tiempo. Por esta razón, la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social incorpora rutas específicas para su detección temprana, en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), dentro del componente preventivo del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

2.2.5.10 Planificación familiar

Para Capital Salud, contratar e implementar la Ruta de Planificación Familiar representa una estrategia clave para consolidar un modelo de atención preventivo, equitativo y centrado en la persona. Esta acción no solo mejora los indicadores de salud sexual y reproductiva, sino que reduce costos asociados a complicaciones evitables, fortalece la atención primaria y aumenta la satisfacción de los afiliados. Además, posiciona a la EAPB como un actor comprometido con la garantía de derechos, la salud pública y la sostenibilidad del sistema. Es, en suma, una inversión en bienestar, prevención y futuro.

2.2.5.11 Vacunación

Incluir la ruta de vacunación dentro del modelo capitado es fundamental para garantizar la prevención efectiva de enfermedades transmisibles, proteger a la población más vulnerable y reducir complicaciones evitables que generan altos costos al sistema de salud. Esta ruta, como parte esencial del componente preventivo, permite mantener coberturas óptimas, cumplir con metas de salud pública y fortalecer la confianza en el modelo de atención.

2.2.5.12 Enfermedades trasmisibles

la ruta de identificación de enfermedades transmisibles en el modelo capitado es clave para la detección temprana, aislamiento oportuno y control efectivo de patologías de alto impacto en salud pública, como VIH, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, entre otras. Esta ruta fortalece la vigilancia epidemiológica, evita la propagación comunitaria y permite intervenciones costo-efectivas.

2.2.6 Ruta de Salud Mental

fortalecer esta ruta representa una oportunidad estratégica para mejorar sus resultados en salud, disminuir hospitalizaciones evitables y responder al creciente impacto de la salud mental en la población. Además, evidencia un modelo centrado en el bienestar integral (MAS BIENESTAR), que articula lo físico, lo emocional y lo social, consolidando una atención humanizada y sostenible.

La prestación de tecnologías en salud en el marco del componente de salud mental se encuentra en el marco de un modelo preventivo, la prestación de servicios especializados de salud mental es considerados:

a) Ruta de identificación de riesgos físicos, emocionales y sociales para los afiliados a CAPITAL SALUD EAPB-S desde las valoraciones ambulatorias necesarias para el establecimiento terapéutico
b) Hospitalización en salud mental, hospitalización de consumo de sustancias psicoactivas, hospitalización parcial en salud mental, hospitalización parcial de consumo de sustancias psicoactivas se encuentran excluidas del presente contrato.
c) Los pacientes derivados a salud mental (medicina en psiquiatría, profesional en psicología, profesional en psicología infantil) con un enfoque sesiones terapéuticas individuales, familiares o programas de rehabilitación de sustancias psicoactivas no son objeto del presente contrato.

2.2.7 Ruta Sintomáticos Respiratorios

La prestación de tecnologías en salud en el marco del componente de sintomáticos respiratorios se encuentra en el marco de un modelo de atención a cohortes diagnosticadas y/o clasificadas, de acuerdo con lo anterior la atención especializada por neumólogo se encuentra en el marco de la ruta de sintomáticos respiratorios, las atenciones de paciente fuera de la cohorte no son objeto del presente contrato.

3. Descuentos por incumplimiento de indicadores de desempeño en salud

El prestador recibirá el 100 % del pago anticipado con base en la certificación expedida por la EAPB (Total población por valor per cápita definido)

La evaluación de los indicadores se efectuará mes vencido. Cada indicador cuenta con un peso ponderado definido en la tabla correspondiente, y su cumplimiento, conforme a lo establecido en la ficha técnica, aportará el valor proporcional asignado. La sumatoria del cumplimiento de todos los indicadores representa el 1,5 % del valor total asociado al posible descuento o bonificación por desempeño en salud aplicable al contrato por capitación.

Cada indicador aplica su ponderación de manera individual, tanto para efectos de bonificación como de descuento.

Los indicadores clasificados en semáforo rojo, según ficha técnica, se consideran en incumplimiento y generan descuento inmediato.

Los indicadores en semáforo amarillo requieren obligatoriamente un plan de acción. Si, después de tres meses de seguimiento, no alcanzan el semáforo verde, serán sujetos de descuento, en el mes cuatro de evaluación y así sucesivamente según comportamiento. No aplica descuento retroactivo , únicamente en el mes evaluado.

Los indicadores en semáforo verde se consideran en cumplimiento, sin lugar a bonificación.

Para acceder a bonificación, el indicador deberá mantenerse por encima del rango óptimo durante un mínimo de cuatro meses. La bonificación se reconocerá únicamente a partir del cuarto mes consecutivo de cumplimiento superior al rango óptimo. No habrá reconocimiento retroactivo y solo se pagará por el periodo en que se mantenga dicho desempeño.

De manera excepcional, los siguientes indicadores ingresan con un plan de mejora durante los primeros tres meses del contrato, sin aplicar descuento inicial. No obstante, si al cuarto mes no alcanzan el semáforo verde, se aplicará el descuento de forma inmediata:

- Porcentaje de esquemas de vacunación en niños menores de 1 año.
- Porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal.

Los demás doce indicadores serán objeto de descuento desde el primer mes vencido del inicio del contrato, en caso de evidenciarse incumplimiento.

El seguimiento de los indicadores será mensual e incluirá mesas de trabajo para su revisión y la elaboración del acta correspondiente, la cual servirá como soporte para la aplicación de descuentos o bonificaciones por parte del área responsable.

4. De la presentación de RIPS

Los RIPS deben ser envidados conforme lo establece la resolución 2275 de 2023 o normas que adiciones o modifiquen,

El RIPS como soporte de la FEV en salud, los cuales serán validados por el Ministerio, trasmitidos ante el mecanismo único de validación, como condiciones para adelantar el reconocimiento y pago de la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud, de la información presentada la EAPB validara la consistencia de la información con los cuales se llevará a cabo la medición de las ejecuciones de las intervenciones de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal correspondientes.

El prestador deberá presentar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) conforme a lo establecido en la resolución 2275/2023, y resolución 1884 del 2024, y modificada por la Resolución 1531 de 2014, y actualizada por las

Resoluciones 1036 de 2022 y 2275 de 2023, así como por las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. La información reportada deberá cumplir con los estándares técnicos del Sistema de Información para la Planeación y Evaluación en Salud (SIPES), en términos de oportunidad, calidad, completitud y consistencia.

Adicionalmente, el prestador utilizará los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS) vigentes a la fecha de prestación del servicio, los Códigos Internacionales de Enfermedades (CIE-10), mientras exista actualización las finalidades de atención, y los Códigos Únicos de Medicamentos (CUM) autorizados por el INVIMA, con su correspondiente clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), conforme a las disposiciones del Repositorio de Terminologías en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

Toda la codificación deberá ajustarse a los criterios establecidos en los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), según lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018, garantizando la validez de cada registro en términos de edad, sexo, finalidad y frecuencia, según los esquemas definidos en las intervenciones de salud pública, atención primaria y demás componentes de las RIAS. De presentarse codificaciones diferentes, estas actividades serán no pertinentes, no conciliables y no serán reconocidas en la evaluación de ejecuciones de actividades (excepto si corresponden a cambios normativos durante la vigencia contractual).

El prestador deberá garantizar que todas las atenciones prestadas y registradas en la historia clínica hayan sido cargadas en los RIPS y que sean facturadas según las tarifas convenidas.

El prestador deberá utilizar el validador de RIPS dispuesto por el MSPS, de tal manera que cuando presente sus RIPS, estos estén acordes con lo esperado y especificado anteriormente, para lo cual presentará certificado de validación emitido por el mismo. Si el prestador remite sus RIPS sin realizar la revalidación y estos reportan errores al presentar la cuenta en la validación, no se radicará la cuenta hasta tanto se suministre el registro corregido. Si este hecho ocurre para IPS con giro directo, se sacará del listado de prestadores con este tipo de pago y, solo se incluirá nuevamente hasta tanto se realice la respectiva corrección de los RIPS (incluye el error más frecuente, que es de finalidad).

Para el caso de los medicamentos que hacen parte de las rutas de la resolución 3280 de 2018, se reconocerán los CUM vigentes (según INVIMA) que hacen parte del ATC referido en los esquemas de intervenciones de los cuadros 1 al 7 (ver al final de este documento). Este CUM deberá ser reportado en los registros de información del prestador de servicios de salud (RIPS) que hacen parte de las cuentas mensuales, y deberá corresponder al producto entregado al usuario.

Nota 1: Si el prestador no entrega la información de facturación en los Registros

Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) en los términos del presente anexo No. 3 , como soporte de los cumplimientos contractuales de las actividades, procedimientos e intervenciones de las RIAS, en términos de oportunidad, cobertura y resolutividad; esto generará un incumplimiento en las ejecuciones, correspondiente al 100% de las API que hacen parte de la Nota técnica y que fueron programadas para el periodo, generando los descuentos correspondientes.

PROCEDIMIENTO DE FACTURACION, RADICACION Y AUDITORIA DE CUENTAS DEL CONTRATO CAPITA

En el marco del contrato suscrito bajo la modalidad de capitación, y con el propósito de garantizar el adecuado flujo de recursos, así como el cumplimiento normativo vigente en materia de facturación, radicación y auditoría de cuentas, se establece el siguiente procedimiento aplicable a las Subredes Integradas de Servicios de Salud:

- La EAPB realizará la liquidación mensual de acuerdo con la entrega de la LMA por parte de la ADRES y los resultados del proceso de compensación del mes anterior para los afiliados del régimen contributivo.
- La EAPB reconocerá al prestador como pago mensual el valor resultante de multiplicar el valor per cápita día acordado (según Anexo No. 1 Nota Técnica por cada afiliado vigente reconocido en la LMA y en los procesos de compensación del respectivo mes.
- La EAPB reconocerá al prestador los valores per cápita que hayan sido incluidos en la LMA o procesos de compensación de meses anteriores y hasta el inicio de la vigencia del contrato, siempre que los afiliados se identifiquen como población asignada a la IPS al momento del reconocimiento.
- La EAPB descontará los valores per cápita que hayan sido objeto de restitución de recursos por auditorías realizadas por los distintos organismos de dirección, inspección, vigilancia y control.
- La IPS deberá facturar de acuerdo con los valores informados por la EAPB; si existen diferencias, estas serán sujetas a conciliación y ajustes en la liquidación del mes siguiente. La conciliación de la presente modalidad se efectuará de manera mensual, posterior a la radicación de las cuentas, sin que exceda el cierre del mes correspondiente. La segunda etapa corresponderá a la conciliación de seguimiento contractual, la cual se realizará trimestralmente y la auditoría a cargo del ADRES se llevará a cabo con una periodicidad semestral.
- se aclara que lo que refiere a ADRES, corresponde a los descuentos que se realizarían por auditorias que realiza el Adres a la Base de datos única de afiliados , en especial por restitución de recursos que obedecen a auditorias, (mensualmente en los proceso de compensación y el LMA o las auditorias semestrales), los valores y detalles están identificados mensualmente en los descuentos, la base nominal se presentara cada mes para que la subred realice la revisión correspondiente.
- La IPS deberá notificar y certificar en la factura el valor recibido por

concepto de copagos y cuotas moderadoras.

Si aún se mantienen diferencias al finalizar el contrato, estas serán conciliadas y ajustadas en los cuatro (4) meses siguientes durante la liquidación del contrato. La Subred deberá radicar la factura correspondiente dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la liquidación reportada por la EAPB, con el fin de garantizar el giro directo de acuerdo con los lineamientos fijados en la Circular No. 0000015 de 2024 de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Por ende, lo anterior implica que la radicación extemporánea de la factura afectará directamente la postulación del valor a favor dentro del proceso de giro directo, pudiendo excluirse del ciclo de pago correspondiente por no cumplir con los tiempos establecidos por la ADRES y el procedimiento contractual. La facturación se efectuará por el valor mensual pactado en el contrato bajo la modalidad de capitación, calculado conforme al número de afiliados asignados y a la tarifa convenida. El cobro estará sujeto a la validación previa de la liquidación efectuada conjuntamente con la EAPB.EAPB, descontando los valores recaudados por concepto de copagos y cuotas de recuperación de la población afiliada a la EAPB correspondiente al mes facturado.

La presentación de las cuentas deberá cumplir con lo establecido en el Decreto 441 de 2022, especialmente en lo relativo a los soportes técnicos y financieros, la facturación electrónica y la trazabilidad de la atención prestada. Adicionalmente, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) deberán acompañar la radicación, y contar con su respectivo certificado de validación conforme a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud.

La información reportada en los archivos RIPS deben ser totalmente consistentes y coincidir con la representación gráfica de la factura de venta, así como con los datos registrados como soporte de la prestación del servicio. La Subred será responsable de la veracidad, integridad y coherencia de dicha información, así como del cumplimiento de las reglas de validación establecidas. Estos registros constituyen el principal mecanismo de validación, control y seguimiento del contrato, salvo en aquellos casos en los que se requiera complementar la verificación mediante muestreo documental que evidencie la efectiva prestación de los servicios. No existe devolución de facturación por parte de EAPB por rips si se cumple con lo estipulado en la norma y cuenta con el código único de validación a partir del segundo mes facturado y radicado

4.1 **CARACTERISTICAS DE LA FACTURA Y RADICACION**.

Con el fin de que el proceso de facturación y radicación sea claro para ambas partes y se desarrolle sin contratiempos, se presentan a continuación las condiciones básicas que deben cumplir las facturas y la forma en que deben ser presentadas. Estas indicaciones permiten garantizar un manejo adecuado de la información y una gestión más fluida del contrato.

Teniendo en cuenta el cumplimiento en la información en salud y soportes de facturación referidos en la Resolución 2275 de 2023, Resolución 2284 de 2023 , normas que modifiquen o adicionen así como los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la generación, validación y envío de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, toda cuenta que se pretenda radicar debe presentar RIPS con certificado de validación obtenido del Ministerio de salud (cuv) y demás normatividad vigente.

Adicionalmente, la factura de venta debe cumplir con las condiciones establecidas en la Resolución DIAN 000042 de 2020, y sus modificatorias, en especial frente a los requisitos formales como: numeración consecutiva autorizada, nombre y NIT del prestador, razón social del comprador, descripción clara del servicio prestado, fecha de expedición, valor total, y demás aspectos exigidos por la normatividad tributaria vigente.

Debe tenerse en cuenta que la factura debe radicarse según la modalidad del contrato de forma separada es decir cápita (Contributivo y subsidiado en facturas separadas)

4.1.1 La Factura de Venta: La facturación deberá ser presentada de manera mensual, correspondiente al período en que se haya prestado el servicio. En caso de incumplimiento de este plazo, el prestador podrá presentar, de manera excepcional, la factura del mes posterior junto con aquella correspondiente al primer mes acumulado. Esta situación será aceptada únicamente cuando exista concertación previa entre Las partes, en la que se definan ajustes a los tiempos de auditoría aplicables a la facturación represada, sin perjuicio de lo establecido en la normativa vigente sobre radicación oportuna de cuentas. se radicará virtual de acuerdo con las resoluciones 2284 y 2275 de 2023 ante la EAPB, la cual contendrá la siguiente información y cumplirá con los requisitos tributarios definidos por la norma:

Ítem	**Descripción**	**Norma Aplicable**
1. Factura de venta electrónica	Documento obligatorio, generado, transmitido y validado electrónicamente.	Resolución DIAN 000042 de 2020; Art. 615 y 616-1 del Estatuto Tributario

2. Nombre o razón social del prestador	Denominación oficial registrada ante Cámara de Comercio. Ej.: Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E.	Art. 617 Estatuto Tributario
3. NIT del prestador	Número de Identificación Tributaria habilitado ante la DIAN.	Art. 617 Estatuto Tributario
4. Factura dirigida a	Debe figurar como destinatario la EAPB contratante. Ej.: "EAPB Capita Salud S.A.S. – Régimen Subsidiado".	Resolución DIAN 000042 de 2020
5. Número de contrato	Identificar claramente como "Contrato Capitación N.º _____".	Resolución 1552 de 2022 (art. 6, numeral 4); Resolución DIAN 000042 de 2020
6. Numeración consecutiva autorizada	Número único y consecutivo autorizado por la DIAN.	Art. 617 Estatuto Tributario; Resolución DIAN 000042 de 2020
7. CUFE (Código Único de Factura Electrónica)	Identificador obligatorio de cada factura electrónica.	Art. 616-1 Estatuto Tributario; Resolución DIAN 000042 de 2020
8. Fecha de expedición	Fecha en que se emite formalmente la factura.	Art. 617 Estatuto Tributario
9. Periodo facturado	Indicar el mes o rango de fechas correspondiente al ciclo facturado.	Resolución 2284 de 2023; Resolución 2275 de 2023
10. Descripción del servicio	Ejemplo: "Servicios de salud en atención primaria bajo la modalidad de capitación para afiliados del régimen subsidiado".	Resolución 1552 de 2022; Resolución 1531 de 2014
11. Valor facturado (De acuerdo a la preliquidación Capitada)	Certificado de LMA detallando los usuarios y su régimen para la Prefectura	Resolución 1552 de 2022; Ley 1438 de 2011 Decreto 780 de 2016
12. Relación de servicios prestados (RIPS)	Debe incluir los RIPS validados como soporte técnico de la factura.	Decreto 780 de 2016, Libro 3, Parte 5; Resolución 1531 de 2014
13. Responsable de emisión	El prestador es responsable de la generación y validez legal de la factura.	Resolución DIAN 000042 de 2020
14. Cambios normativos	La facturación debe ajustarse a cualquier nueva disposición que emitan la DIAN o el Ministerio de Salud.	Resolución 000119 de 2024; Decreto 442 de 2023

4.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS – MODALIDAD CAPITACIÓN

En el marco del presente contrato bajo modalidad de capitación, la relación de los servicios prestados deberá cumplir las siguientes características técnicas, administrativas y normativas, a efectos de garantizar su trazabilidad, validación y aceptación en procesos de auditoría, facturación y pagos contractuales:

Característica	Descripción	Norma Aplicable
Soporte con RIPS	Toda atención deberá estar respaldada por los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) válidos y completos.	Resolución 1531 de 2014; Decreto 780 de 2016, Libro 3, Parte 5. Resolución 2275 de 2023
Correspondencia con el periodo facturado	Los registros deben coincidir exactamente con el mes objeto de facturación, Se evaluará servicios radicados del periodo sobre fecha de egreso. No se puede presentar egresos de periodos anteriores sobre la radicación actual.	Resolución 2284 de 2023; Resolución 2275 de 2023
Identificación del usuario. Censo.	Debe incluir tipo y número de documento, nombre completo, estado de afiliación y EAPB más todas las características y estados del censo del periodo radicado.	Resolución 1531 de 2014; Resolución 1995 de 1999
Nivel de complejidad	Solo deben reportarse servicios que correspondan a la Nota técnica contratada, según perfil habilitado.	Resolución 3100 de 2019; Ley 1438 de 2011
Descripción y codificación del servicio	Cada servicio debe estar debidamente descrito y codificado conforme al listado CUPS y CUMS (No códigos internos)	Resolución 4678 de 2015 Resolución 3804
diagnósticos	diagnóstico CIE10,	Resolución 1531 de 2014; Decreto 780 de 2016

Indicadores asociados	Se deberán anexar los indicadores contractuales de producción, resultado y calidad.	Resolución 1552 de 2022; Lineamientos Minsalud de seguimiento PGP/cápita
Conservación de evidencias clínicas	Se deben conservar por mínimo 5 años los soportes clínicos, físicos o digitales.	Ley 1438 de 2011; Resolución 1995 de 1999
Gestión del riesgo	En caso de aplicar, se deberá reportar seguimiento a población en riesgo (ej. crónicos).	Resolución 3280 de 2018; Decreto 780 de 2016
Criterios de exclusión	No deben incluirse servicios no habilitados, de otro nivel o sin respaldo técnico. No afiliados. Usuarios que no correspondan a la Cápita.	Resolución 3100 de 2019; Ley 1122 de 2007, Art. 15
Cumplimiento técnico y legal	Toda la relación debe cumplir integralmente las condiciones contractuales y regulatorias.	Resoluciones 1531 de 2014, 2275 y 2284 de 2023, DIAN 000042/2020, Decreto 780/2016, Ley 1438/2011

4.1.3 CONTROL Y PREVENCIÓN DE RECOBROS EN CONTRATOS POR CAPITACIÓN

Con el propósito de agilizar el proceso de radicación y minimizar la ocurrencia de recobro, el prestador debe tener en cuenta que la información de RIPS es el insumo del análisis de los indicadores de cumplimiento del contrato previa validación de la calidad de los datos reportados, considerando que:

- Servicios prestados en otra IPS (no asignada como primaria) sin justificación: Se recobran servicios desde IPS no contratadas ni georreferenciadas como responsables del afiliado, sin que medie una remisión válida. Informando previamente a la subred
- Afiliados no asignados a la IPS recobrante: Se presentan recobros por servicios prestados a usuarios no asignados formalmente en la LMA o georreferenciación contractual.

4.1.4 Recobros

En el marco del modelo de atención bajo capitación, la EAPB recobrara todos los servicios no prestados acordados con la Subred, objeto de este contrato, en los siguientes eventos.

Cuando los servicios y tecnologías en salud que, conforme al modelo de atención, deban ser prestados directamente por la IPS designada, sean ejecutados por un prestador distinto debido a causas atribuibles a dicha IPS, tales como inoportunidad en la programación de procedimientos ambulatorios,

indisponibilidad de servicios incluidos en el modelo, no disponibilidad de servicios de talento humano disponible, quejas presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, acciones de tutela por no atención o atención inadecuada, entre otras, o por situaciones de referencia realizadas por la entidad responsable del pago, o en casos de urgencia debidamente justificados, la EPS reconocerá y pagará el valor correspondiente al prestador externo que haya efectuado la atención. la EPS podrá recobrar a la IPS, 100% del valor de referencia del servicio o actividad al valor discriminado en el **ANEXO No. 1 NOTA TECNICA, en todos los casos** debe existir en todos los casos objeto, notificación e información previa al contratista quien deberá dar aval y justificación o que exista evidencia o soporte que sustente la remisión del paciente a otra institución. El valor a aplicar por concepto de recobro será la base de la tarifa por servicio definidas en la nota técnica aprobada para la contratación con la subred. Este procedimiento se aplicará bajo los criterios de pertinencia, oportunidad y continuidad del cuidado definidos en la Resolución 3280 de 2018, y conforme al principio de eficiencia consagrado en la Ley 1438 de 2011, artículo 3.

Cada una de las alertas de falencias en la atención y susceptibles de recobro deben ser identificadas en el drive preventivo compartido entre la EAPB y la subred, en que se registra las novedades que permitan resolver de manera oportuna la atención en salud de los afiliados, y que actúa como parte de las acciones de mitigación de riesgos por falta de atención. La oportunidad de respuesta de los casos reportados en el drive preventivo por parte de la Subred es de 48 horas, que debe incluir la atención del afiliado o la programación del servicio. Si pasadas las 48 horas no existe respuesta por parte de la subred, se procederá a autorizar el servicio con la red alterna. Al evidenciar atención efectiva con la red alterna, la EAPB procederá a notificar a la subred el recobro correspondiente, para su posterior conciliación.

Una vez conciliado el valor de recobro, la Subred procederá a realizar las respectivas notas crédito del valor conciliado entre las partes. Este procedimiento debe ser ejecutado periódicamente, Identificado con la facturación que realice la red alterna considerando adicionalmente la fecha de la atención, que debe ser consecuente con la vigencia del presente contrato.

El procedimiento de conciliación de recobro se dejará consignado en actas debidamente registradas con la Dirección de Operaciones de la EAPB y la Subred

Adicionalmente, de manera mensual , las partes se comprometen a suscribir el documento consolidado denominado "Acta de Conciliación de Descuentos del Contrato de Prestación de Servicios – Modalidad Pago por Capitación, suscrito entre Capital Salud EAPB-S S.A.S., Entidad Promotora del Régimen Subsidiado, y la Subred Sur ESE la cual deberá ser firmada formalmente por los representantes legales de ambas entidades, en señal de conformidad sobre las novedades, valores conciliados, descuentos aplicados y las decisiones adoptadas respecto a

los recobros objeto de revisión.

Este procedimiento se realiza conforme a los principios de transparencia, control y trazabilidad definidos en la Ley 1122 de 2007, artículo 14, y en la Ley 1438 de 2011, artículo 62, los cuales establecen que las EAPB e IPS deben contar con mecanismos efectivos de conciliación de cuentas y depuración, especialmente en los contratos bajo esquemas globales de pago como la capitación. Las actas mencionadas harán parte integral del soporte administrativo y financiero del contrato y servirán como respaldo para procesos de auditoría, control fiscal o requerimientos de los entes de vigilancia y control.

4.2 CARACTERISTICAS DE LOS SOPORTES

En el marco de la contratación bajo la modalidad de capitación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es fundamental establecer con claridad los requisitos documentales y técnicos que deben cumplir los soportes relacionados con la prestación de los servicios. Estos soportes constituyen la base para la validación, seguimiento y auditoría de los servicios incluidos en el valor capitado pactado entre la Entidad Promotora de Salud CAPITAL SALUD EAPB-S y la Institución Prestadora de Servicios de Salud SUBRED SUR

El presente apartado describe las características mínimas que deben reunir los soportes exigidos, de acuerdo con la normatividad vigente, los lineamientos contractuales y las buenas prácticas de gestión en salud. Su adecuada presentación garantiza la transparencia en el flujo de información, el cumplimiento de obligaciones y la efectiva trazabilidad de la atención brindada a los usuarios del sistema.

- Soportes puntos 2.1-2.2
- Soportes de acuerdo con la resolución 2284 y 2275 de 2023. (en caso que la EAPB los requiera para el seguimiento o gestión de riesgos)
- La radicación debe ajustarse a la metodología y soportes definidos en el instructivo SISPRO Capital Salud_IPS disponible en:
- 👉 https://miniportal.capitalsalud.gov.co:4203/loginTambién se debe tener en cuenta cualquier herramienta de modificación/actualización notificada por la EAPB-S.
- Certificado de copagos y cuotas moderadoras: El prestador deberá anexar a la factura mensual un certificado en el cual se relacionen los valores efectivamente recaudados por concepto de copagos y cuotas moderadoras, discriminando individualmente cada usuario, el valor cobrado, y el servicio relacionado. Este requisito se ajusta a lo establecido en el Artículo 187 de la Ley 100 de 1993, modificado por la Ley 1122 de 2007 y reglamentado por la Resolución 5265 de 2017 del Ministerio de Salud, que establece la obligatoriedad de reportar estos cobros y su destinación. La información debe ser entregada en formato digital con corte mensual de

acuerdo con los tiempos de radicación, y debe coincidir con los servicios reportados en los RIPS.JSON y la factura presentada bajo el contrato PGP.

- Actas de conciliación de recobros de cada concepto.
- Anexar Censo mensual completo (cargos con concepto): Debe incluir CUPS-CUMS (No códigos internos) y el estado de todas las consultas clasificadas como: Agendada / Programada Confirmada / En espera / En sala En atención / En consulta Atendida / Finalizada Cancelada / No asistió / Inasistencia Reprogramada.

4.3 INDICADORES CUENTAS MÉDICAS.

Los indicadores administrativos permiten a la Entidad CAPITAL SALUD EAPB-S hacer seguimiento a la ejecución del contrato por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud SUBRED SUR, supervisando aspectos como la radicación oportuna de soportes, la calidad documental, la entrega de informes, la gestión de glosas y el cumplimiento de obligaciones derivadas del perfil de servicios y el equipo básico de atención.

Estos indicadores encuentran su fundamento en las disposiciones del Decreto 780 de 2016 –que en su parte 5 regula los aspectos relacionados con la contratación y la operación del aseguramiento en salud–, así como en los principios del modelo de atención definido por la Resolución 3280 de 2018, la cual establece las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y exige mecanismos de seguimiento a su implementación. Adicionalmente, la Ley 1438 de 2011 refuerza el enfoque de atención primaria en salud y la responsabilidad compartida entre los actores del sistema, exigiendo una gestión contractual eficaz y basada en resultados.

Por tanto, el presente conjunto de indicadores administrativos se constituye en una herramienta clave para evaluar el cumplimiento integral del contrato capitado, promoviendo la mejora continua en la gestión del riesgo en salud, la sostenibilidad financiera y la calidad en la atención a la población afiliada.

Indicador Administrativo	Descripción	Meta sugerida
Cumplimiento en la entrega de RIPS Mensuales	Porcentaje de radicaciones mensuales dentro del tiempo y estructura exigida por la EAPB.	100%
datos consistentes en RIPS	Verifica que todos los datos presentados en el RIPS guardan consistencia para la adecuada verificación de cumplimiento de Indicadores	100%

5. TIEMPOS DE RADICACIÓN, REVISIÓN Y CONCILIACIÓN DE SERVICIOS.

Los servicios prestados por parte del prestador (IPS) deberán ser radicados ante CAPITAL SALUD EAPB-S a los 2 días hábiles siguientes a la prefactura presentada por la EAPB.

CAPITAL SALUD EAPB-S validara la información reportada en los RIPS, donde tomara la información válida para los conteos y generación de indicadores que serán presentados a la IPS en el mes siguiente para su conciliación.

6. DESCUENTOS Y RECONOCIMIENTOS

Con el fin de garantizar la correcta ejecución del presente contrato en la modalidad de pago por capitación, asegurar la calidad de los servicios prestados, prevenir pagos indebidos y promover el cumplimiento de los estándares técnicos, operativos y normativos establecidos por la EAPB, el prestador se someterá a los procesos de auditoría, seguimiento, conciliación y supervisión definidos en esta cláusula. Los resultados de dichos procesos podrán dar lugar a reconocimientos o descuentos sobre la facturación mensual, de conformidad con la normatividad vigente y lo estipulado en el presente contrato.

6.1 Reconocimientos y Descuentos por Auditorías y Restituciones

La EAPB aplicará, dentro de la liquidación mensual, los descuentos o reconocimientos que correspondan como resultado de auditorías realizadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o por procesos de restitución y liquidación mensual o pago de compensaciones (población en movilidad). De igual forma, se reconocerán en la facturación mensual aquellas Unidades de Pago por Capitación (UPC) que correspondan a afiliados efectivamente compensados y no incluidos en periodos anteriores, conforme a lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 5857 de 2018, relacionadas con la validación de la LMA y los procesos de ajuste de compensación.

6.2 Descuentos por Supervisión e Incumplimiento de Indicadores

La EAPB aplicará descuentos a la facturación mensual de la IPS cuando esta incurra en incumplimientos frente a los indicadores o criterios de evaluación establecidos contractualmente. Estos descuentos podrán ser de hasta el [4]%(cuatro) del valor mensual facturado, dependiendo del grado de incumplimiento, conforme al sistema de medición adoptado por la EAPB (escala de puntos, porcentajes o categorías de desempeño). Los indicadores objeto de evaluación serán definidos anualmente por la EAPB, salvo que se requiera su ajuste por modificación normativa, requerimiento de ente de control o directriz del

Ministerio de Salud.

La EAPB ejercerá la supervisión del presente contrato a través de la instancia interna que designe para tal fin, sin perjuicio de realizar visitas de monitoreo, verificación documental o inspección in situ en cualquier momento. Esta supervisión podrá incluir requerimientos correctivos frente a deficiencias detectadas en la prestación del servicio, con base en lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007, artículo 11, y los principios de mejoramiento continuo y gestión de calidad en salud contenidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGCS, regulado por el Decreto 1011 de 2006 y el Decreto 780 de 2016, Libro 2, Parte 5.

7. AUDITORÍA DEL CONTRATO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO

Con el fin de garantizar el cumplimiento de las condiciones pactadas en el presente contrato, la EAPB ejercerá funciones de auditoría y control sobre las actividades, procedimientos, resultados e información generada por el prestador. Dicha auditoría será realizada por personal delegado por la EAPB, quien tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

- Verificar que el objeto contractual se cumpla conforme a las condiciones técnicas, asistenciales y operativas ofrecidas por la IPS. (Decreto 780 de 2016, Libro 2, Parte 5, artículo 2.5.3.1.2.3)
- Velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales adquiridas por la IPS. (Ley 1438 de 2011, artículo 62 – Depuración y conciliación de cuentas)
- Supervisar que la calidad del servicio prestado sea conforme con los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS). (Decreto 1011 de 2006, artículos 5 y 6; Decreto 780 de 2016, artículo 2.5.1.1.3)
- Verificar que la facturación esté debidamente soportada y cumpla los requisitos establecidos para proceder con los pagos. (Resolución 518 de 2015, artículos 5 y 8; Decreto 780 de 2016, artículo 2.5.3.2.2.1)
- Reportar de manera oportuna y por escrito a la Coordinación de Contratación cualquier situación, hallazgo o anomalía detectada durante la ejecución contractual. (Ley 1122 de 2007, artículo 11 – Vigilancia y control del aseguramiento)
- Avalar técnicamente los pagos correspondientes a la facturación presentada por la IPS. (Resolución 5857 de 2018, artículos 3 y 9 – Validación con base en LMA y UPC)

La auditoría será de carácter técnico, selectivo y documental, y podrá extenderse a todos los componentes del contrato: facturación, soportes clínicos, actividades, procedimientos y servicios prestados, en cumplimiento de las normas legales, contractuales y técnicas aplicables.

Obligaciones del Prestador en Auditoría

La IPS contratada se compromete a facilitar las condiciones necesarias para el ejercicio efectivo de la auditoría por parte de la EAPB, incluyendo:

- En el marco del seguimiento al contrato de Cápita CAPITAL SALUD EAPB-S realizará seguimiento al cumplimiento del contrato suscrito entre las partes, de acuerdo con lo anterior, el PSS permite la realización de auditorías no programadas en la metodología de paciente incognito o auditor sorpresa ("visitas en caliente") por parte del personal identificado de la EAPB. (Decreto 1011 de 2006, artículo 6; Ley 1438 de 2011, artículo 71 – Control del aseguramiento y calidad) con el fin de verificar la prestación de servicios de salud objeto del presente contrato.
- Así como todas las posibles actuaciones de auditoria dentro del contrato. según el **Decreto 441 de 2022** del Ministerio de Salud de Colombia (que reemplazó el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016), se establece la facultad de solicitar **información adicional para verificar la calidad y veracidad en la prestación de los servicios de salud**
- Permitir el acceso a los soportes que validen la prestación de servicios de salud, acceso a la documentación clínica, estadística y administrativa relacionada con la atención prestada a los afiliados. (Resolución 1995 de 1999 – Historia clínica; Decreto 780 de 2016, artículo 2.5.3.2.4.1)
- Facilitar la ejecución de auditorías de calidad y verificación de servicios, conforme a los estándares definidos contractualmente y en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS). (Decreto 1011 de 2006, artículo 5; Decreto 780 de 2016, artículo 2.5.1.1.1)
- Permitir la revisión de las condiciones de habilitación de los servicios, conforme a la Resolución 3100 de 2019, o la norma que la sustituya.
- Permitir la evaluación de la pertinencia y continuidad del cuidado mediante el análisis de procesos de referencia y contrarreferencia. (Resolución 1552 de 2022 y Resolución 3280 de 2018 – RIAS y rutas de atención integral)

Sistema de Calidad del Prestador.

El prestador no queda exonerado de su deber de implementar y mantener un Sistema de Garantía de la Calidad en Salud, conforme al Decreto 1011 de 2006 y al Decreto 780 de 2016, incluyendo componentes de auditoría, mejoramiento continuo, gestión del riesgo, atención al usuario y condiciones de habilitación. La IPS deberá contar con indicadores de gestión definidos, instrumentos de medición establecidos y periodicidad clara para su seguimiento. Esta información será compartida con la EAPB y constituirá un insumo obligatorio en las reuniones de

seguimiento técnico, operativo y contractual.

6.4.1 RUTA DE PROCEDIMIENTO

La presente ruta de procedimiento describe de manera general las etapas que conforman el proceso de auditoría bajo la modalidad de capitación, conforme a la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los lineamientos operativos internos establecidos por la EAPB. Esta ruta tiene como objetivo garantizar la correcta verificación, registro, aplicación y notificación de los descuentos asociados a los servicios prestados bajo contratos de capitación, asegurando la transparencia, oportunidad y cumplimiento de los acuerdos pactados con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

El procedimiento contempla desde la identificación inicial del contrato y la población afiliada, hasta el cierre del proceso con el registro contable y documental de los descuentos aplicados, incluyendo todas las actividades relacionadas con la presentación y evaluación de los RIPS, la clasificación de servicios, la tipificación de descuentos y la validación de indicadores de gestión. Este flujo operativo permite una trazabilidad clara de cada actuación, soporte técnico de auditoría, y cumplimiento de los términos contractuales establecidos en los convenios suscritos.

Etapa	**Actividades**	**Observaciones / Detalles Clave**
1. Inicio	✓ Identificación de contrato y población.	Verifica si el contrato es acorde a lo pactado
2. Presentación, Radicación y Asociación de RIPS	✓ Presentar, notificar, evaluar y radicar RIPS.	la EAPB tomara la información consistente posterior a la validación, para la elaboración y seguimiento de indicadores
	✓ El RIPS pertenece a la a los servicios prestados en el mes anterior.	
	✓ validación de la información reportada en RIPS	
3. Identificación y Clasificación de Servicios	✓ Identificar servicios en facturas que corresponden a la capitación.	Determina aplicabilidad y tipo de descuento según indicador

	✓ Clasificar por complejidad: baja, mediana, alta.	
	✓ recobro por servicios prestados por otras IPS.	Indispensable conocer este
	✓ Descuento por indicadores	

4. Identificación de Tipos de Descuento o recobro	✓ Descuento por restituciones.	detalle. Los recobros deben determinar periodo Cada tipo requiere formatos y validaciones
	✓ descuento por auditorias adres.	
5. Proceso Operativo	**Recepción y Verificación**	
	✓ Recepcionar, filtrar y distribuir información.	
	✓ Recibir RIPS prevalidados y auditar.	
	Evaluación de Indicadores	
	✓ Evaluar oportunidad, resolutividad, cobertura.	
	✓ Enviar resultados	
	Comunicación y Registro	
	✓ Notificar a la IPS.	
	✓ soportar y validar información por parte de la IPS. Conciliar resultado de indicadores.)	
	Registro y Descuento	
	✓ Registrar en matriz definida en EAPB aplicativo.	
	✓ Calcular valor.	
	✓ Realizar y verificar descuentos.	
	✓ Diligenciar y entregar formatos (lo que sustenta el acta de seguimiento)	
	Cierre del proceso	
	✓ Generar radicado.	
	✓ Validar actas mensuales.	
	✓ Descargar en sistema financiero mediante Notas débito/crédito.	

8. CALCULO DESCUENTOS Y BONIFICACIONES

Para el cálculo de descuentos y bonificaciones se debe tener en cuenta los tres aspectos de calificación

1. Oportunidad de respuesta PQR
2. Tasa de PQR
3. Indicadores de desempeño

INDICADOR	NOMBRE INIDCADOR	RANGO	PESO %	% LIQUIDACION	META ESPERADA
OPORTUNIDAD PQR	Porcentaje de respuesta oportuna	≥97%	1,50%	100%	>=97%
		≥91% Y <97%	-0,50%	-50%	
		≤90%	-1 %	-100%	
TASA PQRD	TASA PQRD	≤254 xc /100000 usuarios	1%	100%	<= 254 xc /100.000 usuarios
	*100000 (mensual)	>254 xc /100000 usuarios	-1,00%	-100%	
INDICADORES DESEMPEÑO	cumplimientos indicadores de desempeño	cumplimiento de la meta definida para cada indicado de acuerdo a ficha técnica -catorce indicadores para evaluación resultados en salud cada indicador tiene un peso ponderado de acuerdo a tabla de indicadores	1,50%	máximo 1,5% de descuento o de bonificación si existe incumplimiento o resultados que superan rango optimo según ficha técnica	cumplimiento de la meta definida para cada indicador en ficha técnica

BONIFICACION GLOBAL máxima	4%
DESCUENTO GLOBAL	-4%

- Los indicadores que aplican para descuento y/o bonificación, son para el periodo evaluado, frente el valor girado para el mismo el mismo periodo.
- Para el Indicador de Respuesta Oportuna a PQRD, los tiempos de respuesta serán evaluados conforme a lo estipulado en la Circular 005 de la Superintendencia Nacional de Salud, destacando que el plazo de respuesta de la EAPB ante el ente regulador oscila entre 24 y 72 horas.
- Para el indicador el porcentaje de cumplimiento de indicadores de desempeño se tendrá en cuenta el resultado obtenido en cada indicador que tiene un peso ponderado que se especifica en la tabla, el cual en caso de cumplimiento aporta positivamente al resultado global y en caso de incumplimiento resta.
- Las fichas técnicas de los indicadores y los porcentajes de descuento a aplicar se encuentran detalladas en el ANEXO No. 2 Indicadores de seguimiento a la ejecución del contrato. Las cuales tienen marcado el semáforo correspondiente, para evaluar

cumplimiento

-

Adicional a los indicadores de descuento y bonificación, se realizará monitoreo de los indicadores de calidad que son de obligatorio cumplimiento y reporte de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1552 de 2013, Resolución 1604 de 2013 y Resolución 256 de 2016.

EVALUACION GENERAL

Corresponde a la evaluación integral de los indicadores de promoción y mantenimiento de la salud, debido a que el contrato tiene una gran parte de su ejecución relacionada con dichas actividades y la implementación de la RIAS. La calificación se realiza de la siguiente forma, del total del indicador de PYD se emite promedio y el resultado evaluado así:

RESULTADO	**CALIFICACION**
Cumplimiento de al menos el 90% de metas PYD	OPTIMO
Cumplimiento de al menos el 80% AL 89% de metas PYD	SATISFACTORIO
Cumplimiento de al menos el 65 A 79% de metas PYD	ACEPTABLE
Cumplimiento de al menos el < 64% de metas PYD	DEFICIENTE

La calificación ACEPTABLE es objeto de elaboración de plan de mejora para seguimiento trimestral por parte de EAPB

La calificación DEFICIENTE es objeto de elaboración de plan de mejora para seguimiento mensual por parte de EAPB

---

1 Circular Conjunta 010 de 2024 Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología - Superintendencia Nacional de Salud