

CAPITAL SALUD EPS-S

ANEXO OPERATIVO

VIGILADO Supersalud

capitalsalud eps-s

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ

1. INTRODUCCIÓN

Capital Salud EPS-S en su relacionamiento con la red de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, interactúa desde diferentes procesos de la organización con la red contratada, para lo cual es necesario dar a conocer los mecanismos, formas y canales de interacción que permite fluir en la comunicación entre las partes para que el afiliado pueda acceder en forma continua a los servicios que requiere de acuerdo al ordenamiento de los profesionales en salud en forma oportuna, dando cumplimiento a la normatividad vigente y las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

A través de este se busca una gestión adecuada de la atención y mejorar los resultados en salud de la población afiliada a la EPS-S.-, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutiva de acuerdo a lo definido para la Redes integrales e integradas de servicios de salud.

En este anexo operativo se presentan:

- El modelo de acceso de servicios a través del proceso de autorización, así como los de referencia y contrarreferencia.
- El modelo de auditoria servicios hospitalarios



Autorizaciones- Referencia y contrareferencia

1. INTRODUCCIÓN

El Modelo de Acceso a los Servicios de Capital Salud EPS-S, comprende el enfoque de la organización para la prestación del servicio de Salud, buscando la integralidad de las acciones, y la orientación para la prestación de las actividades de salud, desde la perspectiva del servicio a nuestros afiliados incluyendo las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema bajo el objeto de autorización.

2. JUSTIFICACION

Orientar a nuestros prestadores de servicios de salud sobre el procedimiento adecuado para tramitar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios a nuestros afiliados, con el fin de minimizar el riesgo de trámites innecesarios y garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente, conforme a los canales establecidos por la compañía para dicho trámite de autorización.

3. OBJETIVO

El Modelo de Acceso a los Servicios de Capital Salud EPS-S, busca simplificar los procesos de validación para que la red de instituciones y profesionales contratados y no contratados que brindan servicios nuestros usuarios, sean informadas del análisis, aprobación, negación o devolución de sus solicitudes de servicios.

4. ALCANCE

Este modelo va dirigido a la Red de instituciones y profesionales involucrados en el proceso de autorizaciones / referencia y contrarreferencia con la finalidad de garantizar el acceso a los servicios financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitacion-UPC, inicia desde la solicitud de autorización de un servicio ordenado por parte de una Institución Prestador de Servicios de Salud-IPS o

profesional independiente al afiliado y finaliza con la generación del Número de autorización.

5. GLOSARIO

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS SALUD

Acto administrativo mediante el cual la Entidad Promotora de Salud (EPS-S) aprueba la prestación de un servicio, procedimiento o tecnología en salud, asignando un número de autorización único que garantiza el cubrimiento económico parcial o total del servicio ante la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) correspondiente. Esta autorización se emite de acuerdo con los derechos vigentes del afiliado y los términos del contrato suscrito entre las partes

AUTORIZACIONES POSFECHADAS

Autorizaciones emitidas por la EPS-S en las que se permite la prestación del servicio o el suministro del medicamento en una fecha posterior a su expedición, dentro del rango de validez definido en el documento o sistema de autorización. Estas se utilizan para garantizar la continuidad de la atención cuando el servicio se agenda con anticipación

NO COBERTURA DEL SERVICIO

Decisión formal de la EPS-S mediante la cual se niega la financiación o reconocimiento económico de un servicio, procedimiento o tecnología en salud solicitada, cuando el afiliado no posee los derechos vigentes, el servicio no está incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), o se trata de una exclusión explícita de dicho plan, conforme a la normatividad vigente

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (PSS)

Incluyen a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los profesionales independientes de salud y los prestadores de transporte especial de pacientes, debidamente inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y con servicios habilitados conforme a la Resolución 3100 de 2019 modificada por las Resoluciones 2215 de 2020 y 648 de 2023 y aquellas que modifiques o sustituyen

No se consideran PSS aquellas entidades cuyo objeto social sea diferente a la prestación de servicios de salud, cuyos servicios no se financien con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). (Decreto 441 de 2022 que hace parte del Decreto 780 de 2016 y sus actualizaciones).

IPS (INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD)

Entidad pública, privada o mixta cuyo objeto social principal es la prestación de servicios de salud, inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y con servicios debidamente habilitados ante la autoridad sanitaria territorial, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Resolución 3100 de 2019 modificada por las Resoluciones 2215 de 2020 y 648 de 2023 y aquellas que modifiques o sustituyen).

PROFESIONALES INDEPENDIENTES DE SALUD

Personas naturales egresadas de programas de educación superior en ciencias de la salud, conforme a la Ley 30 de 1992 y normas complementarias, que actúan de manera autónoma en la prestación de servicios de salud y pueden contar con personal de apoyo de niveles técnico o auxiliar. Deben estar habilitados según lo dispuesto en la Resolución 3100 de 2019 modificada por las Resoluciones 2215 de 2020 y 648 de 2023 y aquellas que modifiques o sustituyen

AMBUALANCIA

Prestadores de servicios de salud habilitados para realizar el traslado asistencial de pacientes, mediante vehículos tipo ambulancia, con o sin atención prehospitalaria, conforme a las condiciones definidas en la Resolución 3100 de 2019 modificada por las Resoluciones 2215 de 2020 y 648 de 2023 y aquellas que modifiques o sustituyen

TRANSPORTE NO ASISTENCIAL DE PACIENTES

Prestadores o proveedores que realizan el traslado no hospitalario y no asistencial de pacientes, en vehículos diseñados o adaptados para movilizar personas con condiciones especiales, limitaciones de movilidad o requerimientos de apoyo físico, sin que se brinde atención médica durante el desplazamiento.

Este tipo de transporte no requiere habilitación como servicio de salud según la Resolución 3100 de 2019 y sus actualizaciones, siempre que no se realicen intervenciones asistenciales ni se configure atención prehospitalaria. No obstante, los vehículos deben cumplir con las normas técnicas, de seguridad y de transporte vigentes, garantizando condiciones adecuadas de accesibilidad, confort y seguridad del paciente

PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD (PTS)

Persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades (Decreto 441 de 2022 que hace parte del Decreto 780 de 2016 y sus actualizaciones). En Capital Salud principalmente corresponden a los gestores y laboratorios farmacéuticos, entidades que suministran prótesis, órtesis y otros tipos de apoyos ortopédicos, así como aquellos que hacen entregas de equipos especializados de equipos de terapia para la apnea del sueño, monitoreo de continuo de glucosa entre otros.

RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, ubicados en un espacio geográfico definido, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos. A la red contratada en Capital Salud EPS-S se le asigna en el sistema de información un **Código de IPS** que facilita la transaccionalidad entre las partes.

MIPRES

Herramienta tecnológica del Ministerio de Salud y Protección Social que permite a los profesionales prescribir tecnologías en salud o servicios complementarios no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), conforme a la Resolución 3951 de 2016 y actualizaciones posteriores.

HALLAZGO QUIRÚRGICO:

Situación clínica imprevista identificada durante la realización de un procedimiento quirúrgico programado, que requiere ser intervenida en el mismo acto operatorio y no se encuentra incluida en la autorización inicial.

El profesional tratante deberá documentar el hallazgo y este o la IPS deberán informar a la EPS-S y solicitar la respectiva autorización complementaria, la cual estará sujeta a los derechos vigentes del usuario, a la evaluación de la pertinencia médica y a la cobertura establecida en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

MODALIDAD DE PAGO RETROSPECTIVO (EVENTO):

Mecanismo de pago en el que la EPS-S reconoce a la IPS los servicios prestados con posterioridad a su ejecución, según las tarifas o manuales acordados contractualmente.

El pago se realiza por cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento efectivamente prestado o suministrado al usuario, asociado a un evento de atención en salud.

MODALIDAD DE PAGO PROSPECTIVO.

Es aquella en la que el valor de los servicios y tecnologías en salud se define de manera anticipada, considerando la frecuencia esperada de uso y su costo promedio.

Permite establecer un pago previo por caso, grupo de usuarios o periodo, aplicable a esquemas como la capitación o el pago global prospectivo (PGP), conforme al Decreto 441 de 2022y Decreto 780.

Modalidades prospectivas vigentes en Capital Salud EPS-S:

Pago por Capitación:

Es un acuerdo mediante el cual se paga anticipadamente una suma fija por persona, garantizando la atención durante un periodo determinado, para un conjunto de servicios predefinidos.

Pago Global Prospectivo (PGP):

Mecanismo mediante el cual se reconocen los costos de un conjunto de servicios y tecnologías asociados a eventos o diagnósticos definidos, considerando las frecuencias de uso y costos esperados para grupos poblacionales con características similares.

6. PROCESO DE AUTORIZACIÓN

El proceso de autorización comienza cuando un usuario de Capital Salud EPS-S solicita el acceso a los servicios de salud ordenados por un profesional médico tratante perteneciente a la red de servicios de la EPS.

La solicitud puede ser gestionada por diferentes canales, dispuestos por la EPS para la gestión:

- **Presencialmente**, en los puntos de atención o sedes administrativas.

- **Virtualmente**, a través del portal web (incluye PAU Virtual), aplicaciones móviles o correos electrónicos institucionales.
- **Telefónicamente**, mediante líneas de atención al usuario o canales exclusivos para IPS.

CANALES VIRTUALES	CANALES PRESENCIALES
Telefónico (Autorizaciones hospitalarias)	Puntos de atención al Usuario (PAU)
Página Web y PAU Virtual	
Correo electrónico	
Masivas	

Para el caso de los servicios ambulatorios autorizados y los que Capital Salud EPS-S determine y socialice, la entidad que presta el servicio o bien debe generar el cambio de estado en el momento de prestación de servicios mediante aplicativo web entregado al contratista por parte de la EPS-S, esto le permite a la EPS conocer la oportunidad en el acceso a los servicios y garantizar el proceso de facturación.

Nota: el cambio de estado de la autorización por parte del contratista de acuerdo a los lineamientos de la EPS es fundamental para prevenir la glosa durante el proceso de auditoría de cuentas.

ESTADOS DE LAS AUTORIZACIONES

- Estado 5 “Asignada- autorizada” Corresponde a la autorización emitida por la EPS y que se encuentra pendiente de la prestación efectiva por parte del prestador, las autorizaciones en este estado no son facturables.
- Estado 6 “Cumplida-ejecutada” Corresponde a la autorización que fueron prestadas efectivamente y que desde el contratista se realizó el cambio respectivo, estas autorizaciones son objeto de facturación.
- Estado 3 “Cancelada” corresponde a aun Autorización cancelada por la EPS-S, las autorizaciones en este estado no son facturables.

En resumen, las autorizaciones emitidas por la EPS-S en estado 5 “Asignada-Autorizada”, el contratista las debe cambiar a estado 6 “Cumplida-ejecutada”.

SOLICITUD TELEFÓNICA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

La autorización de servicios hospitalarios se gestiona las 24 horas a través de la línea de atención (601)7427257, opción 5. Este centro de atención telefónica se encarga de gestionar las autorizaciones de los servicios hospitalarios para los afiliados a Capital Salud EPS-S, brindando soporte tanto a las instituciones de la Red contratada como a las no contratadas, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Los correos establecidos para el envío de anexo técnico y soportes son los siguiente:

- Atencion inicial de urgencias: urgencias@capitalsalud.gov.co
- Servicios posteriores a la atención inicial de urgencias: autorizacionespos@capitalsalud.gov.co

GENERALIDADES

Para dar trámite a las solicitudes, los funcionarios de Capital Salud EPS-S solicitarán a las IPS la siguiente información:

- Número de identificación del usuario.
- NIT de la institución y/o nombre de la institución
- CUPS del Servicio Solicitado
- Diagnóstico, fecha de ingreso del usuario y medio por el cual llegó a la institución.
- Anexo Tecnico # 1 debidamente diligenciado
- Historia Clínica

El prestador o proveedor en salud indica al personal de la EPS-S los servicios que requiere el paciente, deberá indicar nombre del servicio solicitado y / o Código Único de prestación de Servicios de Salud (CUPS) o Código único de Medicamento (CUM) con el fin de facilitar la búsqueda y correcta autorización de estos, la respuesta de Línea 24 horas dependerá de:

- Los derechos administrativos de los Afiliados.
- Que la IPS tenga habilitado el servicio solicitado.
- Que los procedimientos o servicios solicitados se encuentran dentro de la cobertura de la UPC.

- Si el servicio o procedimiento solicitado no está incluido en el PBS, se le indicará a la IPS los requisitos mínimos y procedimientos para la solicitud de dicho servicio a través de la herramienta MIPRES de acuerdo con las disposiciones normativas.

La IPS debe cumplir con lo establecido en la Resolución 2335 de 2023 así como las normas que la modifiquen, complementen o sustituyan para la gestión de autorizaciones con la EPS en los términos allí establecidos. Reporte de atenciones fuera de los plazos allí estipulados son consideradas como tardías.

Nota: Toda solicitud está sujeta a validación de derechos administrativos. Si el prestador realiza afiliación mediante el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT, los funcionarios solicitaran los siguientes soportes para validación por parte del área de Operaciones de Capital salud EPS-S para radicar la solicitud en al aplicativo interno (ÁgilSalud)

- Pantallazo de cargue exitoso a Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) con afiliación a Capital Salud EPS-S o notificación a la entidad territorial en caso de caída de plataforma SAT
- Copia del Documento del afiliado.
- En caso de retiro del sistema por no encuesta a SISBEN, la IPS deberá adjuntar el pantallazo de la asignación para la visita de la encuesta según normatividad vigente.
- En caso de que la plataforma no esté en funcionamiento la IPS deberá enviar pantallazo de la notificación al órgano regulador.

Una vez el proceso autorizador cuente con la respuesta por parte del área de operaciones, podrá generar la autorización solicitada por parte del prestador.

Nota: En los casos en que durante la atención médica en los servicios de urgencias, las IPS se enfrenten a situaciones de no identificación inicial del paciente debido a la falta de documentación, estado médico (como la inconsciencia) o ausencia de familiares, los prestadores deberán notificar esta situación al ente regulador correspondiente en cada ciudad sobre la prestación de los servicios. Una vez se logre identificar a la persona y se confirme su afiliación a Capital Salud EPS-S, se deberá realizar la solicitud correspondiente, adjuntando la notificación inicial y los soportes del anexo técnico con el detalle de los servicios prestados desde el momento del ingreso.

NOTIFICACION DE ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

La atención inicial de urgencias comprende todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar una impresión diagnóstica y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención de la entidad que realiza la atención.

Los servicios que no hacen parte de la urgencia vital y que son requeridos para la atención integral del diagnóstico realizado, se procederá a realizar la validación de derechos, la verificación e información del mecanismo de cobertura de la tecnología (sea con recursos de la UPC o fuera de esta) y la emisión del número de notificación de la Atención Inicial de Urgencias o envío de autorización por correo electrónico. Para las IPS que cuenten con acceso a la página web podrá generar la autorización en forma directa.

NÚMERO DE NOTIFICACION DE URGENCIAS

El código de notificación de atención inicial de Urgencias cubre todos los servicios pertinentes que se le brinden al usuario durante las primeras 24 horas de atención, servicio de urgencias, apoyo diagnóstico, procedimientos quirúrgicos exceptuando aquellos que pertenecen al grupo quirúrgico número cuatro (4) según manual tarifario SOAT que requieren autorización. Los servicios de Hospitalización, Cateterismo, Diálisis, Radioterapias o Quimioterapias, o servicios de altos costo se consideran servicios derivados, por lo tanto, requieren autorización adicional para cada uno de ellos. Las resonancias magnéticas y los TAC no requieren autorización adicional; siempre y cuando se realicen en la misma institución.

Cuando el prestador no pueda identificar a la persona que requiere la atención en salud, deberá enviar a la secretaria de salud departamental, distrital o municipal de su jurisdicción, según aplique, o a la entidad que haga sus veces, el informe de atención de urgencias en los términos descritos en el inciso anterior, y una vez sea identificada la persona y la entidad responsable de pago, el prestador de servicios de salud deberá allegar el soporte de envío del informe de atención de urgencias.

De determinarse que la persona no se encuentra afiliada, el prestador de servicios de salud deberá adelantar el proceso de afiliación a través de la plataforma Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), de acuerdo con normatividad vigente.

SOLICITUD TARDÍA

Una solicitud se clasifica como tardía cuando una IPS notifica los servicios después de las 24 horas del ingreso del paciente o de la identificación de la necesidad del servicio. En estos casos los funcionarios de la EPS-S informarán a la IPS que debe facturar de acuerdo con la normatividad vigente.

Es importante indicar al personal del EPS si el paciente llega remitido de alguna institución o si el ingreso es por el servicio de urgencias, esto permite una identificación más sencilla del trámite que debe gestionar quien está atendiendo la llamada. Con esta información el técnico genera número de autorización y lo informa a IPS.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

Para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, Capital Salud EPS-S ha establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud (IPS) deberá informar a la EPS-S, el servicio que requiere el usuario para dar continuidad a la atención y para el cual solicita la autorización. Capital Salud EPS-S autorizará el servicio o informará el traslado del usuario a partir de las siguientes verificaciones:

- Si la institución es parte de la red contratada
- Si la IPS puede garantizar la atención integral del paciente.
- Si la IPS tiene habilitados los servicios requeridos por el paciente.
- Si el paciente se encuentra asignado a alguna institución bajo modelo de pago por PGP o Cápita, los servicios ordenados se encuentran contratados bajo este modelo y hay capacidad instalada disponible para su prestación al lugar que tiene asignado el usuario.

Nota: la EPS dentro de su modelo puede generar observaciones que se registran dentro de las autorizaciones iniciales hospitalarias emitidas, las cuales sustentan el proceso de facturación por parte de la IPS y pasan a los procesos de auditoría de cuentas médicas.

Ejemplo: Solicitud de IPS para manejo grupo quirúrgico reducción de abierta de epífisis separada de tibia y peroné con fijación (795602), EPS se genera autorización del CUPS solicitado y en observaciones registra “incluye insumos y suministros necesarios para el procedimiento quirúrgico”

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS NO PROGRAMADOS

La Autorización de Urgencias cubre todos los servicios pertinentes que se le brinden al usuario durante las primeras 24 horas de atención, exceptuando las cirugías mayores al Grupo quirúrgico cuatro (4), Hospitalización, Cateterismo, Diálisis, Radioterapias o Quimioterapias, los cuales se consideran servicios derivados, por tanto, requieren autorización adicional para cada uno de ellos.

Las IPS deben solicitar autorización cuando el paciente requiere servicios de mayor o menor complejidad al servicio previamente autorizado.

La IPS debe solicitar autorización para las internaciones (se en piso, cuidado intermedio o intensivo).

SERVICIOS DE INTERNACIÓN / HOSPITALIZACIÓN EN PISO O EN UNIDADES DE CUIDADO INTERMEDIO O INTENSIVO

La IPS solicitará autorización de hospitalización a través de Call Center y envio de soportes (anexo técnico # 1 e historia clínica) a través del correo electrónico autorizacionespos@capitalsalud.gov.co, podrá autorizarse los servicios de hospitalización en piso o en unidades de cuidado intensivo o intermedio. Esta autorización tendrá una vigencia de 30 días. Cuando la condición de salud del usuario requiera continuar hospitalizado, la IPS debe enviar los soportes médicos donde se evidencie la pertinencia de la continuidad del tratamiento institucional (hospitalización) de nuestro afiliado:

- Una vez Capital Salud analice los soportes médicos y de ser necesario generara una autorización de continuidad hospitalaria por 30 días.
- La IPS solicitara autorización de hospitalización a través de línea de atención y envío de soportes a través del correo electrónico autorizacionespos@capitalsalud.gov.co
- En caso de cambio de estancia se debe de llamar a línea Call Center para solicitar nuevo número de autorización de acuerdo al tipo de internación requerido.

AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION EN PISO

Cubre la hospitalización y todos los servicios cubiertos con recursos de la UPC, requeridos por el usuario dentro de este servicio, siempre y cuando se realicen dentro de la misma IPS que atiende el evento. Cubre cirugías menores o iguales al grupo quirúrgico 7 del SOAT (hospitalarias) y los servicios de apoyo terapéutico.

AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Cubre la hospitalización y todos los servicios cubiertos con recursos de la UPC, requeridos por el usuario, siempre y cuando se realicen dentro de la misma IPS que atiende el evento. Cubre cirugías menores o iguales al grupo quirúrgico 7 del SOAT (hospitalarias) y los servicios de apoyo terapéutico

AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTESIVOS

Cubre la hospitalización y todos los servicios cubiertos con recursos de la UPC requeridos por el usuario dentro de este servicio, siempre y cuando se realicen dentro de la misma IPS que atiende el evento.

Nota:

Los servicios considerados como alto costo debe ser autorizados de forma independiente y deben ser solicitados con anexo técnico No. 1. La IPS debe realizar llamada al call center para realizar el trámite y generar las autorizaciones respectivas sin intermediación del usuario.

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD - ANEXO TÉCNICO NUMERO UNO (1)

Para dar trámite a las solicitudes, los funcionarios de Capital Salud EPS-S solicitarán a las IPS la siguiente información:

- Número de identificación del usuario
- NIT de la institución y/o nombre de la institución
- CUPS del Servicio Solicitado
- Diagnóstico, fecha de ingreso del usuario y medio por el cual llegó a la institución.
- Anexo Tecnico # 1 debidamente diligenciado
- Historia Clínica

Cuando se tengan solicitudes de múltiples códigos CUPS requeridos para la atención hospitalaria del afiliado, el personal de la EPS adicionara los servicios a la autorización principal siempre y cuando no se trate de un servicio de alto costo, dado que como se mencionó previamente estos deben contar con autorización independiente.

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD (CIRUGIA HOSPITALARIA o AMBULATORIA)

Este número cubre la cirugía realizada y los hallazgos o cirugías relacionadas siempre y cuando sean del mismo grupo quirúrgico o inferior al autorizado en el mismo tiempo quirúrgico. Si durante el acto quirúrgico se realizan procedimientos con un grupo quirúrgico superior al autorizado inicialmente según lo establecido en el manual tarifario SOAT, la IPS deberá solicitar un número de autorización diferente al previamente otorgado.

Nota: Cuando la IPS realice atención del parto o cesárea y solicite autorización a través del call center de Capital Salud EPS-S, el funcionario de la EPS informará que este número de autorización cubre dos días de estancia hospitalaria, siempre y cuando no se presenten complicaciones, no se requiere autorización adicional de hospitalización.

CORTE DE CUENTA HOSPITALARIAS (Mayor a 30 días de internación)

Este modelo permite el corte de facturación en eventos hospitalarios prolongados para que las IPS puedan hacer radicaciones parciales garantizando la continuidad del servicio y controlando que no se pague más de una vez un mismo servicio.

La IPS hospitalaria debe solicitar una autorización para cada uno de los cortes de facturación que se efectúe (para facilitar los cortes para las partes el corte debe estar alineado con la fecha final del mes). Las facturaciones que se hagan sin número de Autorización o con números de autorización ya facturados serán glosadas.

Capital Salud EPS-S entregará a la IPS las autorizaciones solicitadas para efectuar cortes de facturación de acuerdo con el nivel del último servicio autorizado para el evento de la Siguiente manera:

- Continuación de evento hospitalario en piso.
- Continuación de evento hospitalario en Intermedios.
- Continuación de evento quirúrgico hospitalario
- Continuación de evento hospitalario Catastrófico.

En los casos en los que al momento de la solicitud de una autorización de corte el paciente se encuentre en un estado no valido, se suspenderá la cobertura del evento hasta tanto se solucionen los inconvenientes por parte de los familiares con Capital Salud EPS-S.

El cobro de copagos y cuotas moderadoras lo debe aplicar la institución de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1652 de 2022 modificatorio del Decreto 780 de 2016. Es responsabilidad de la IPS garantizar que no se realice un cobro al usuario superior a los topes que establece la norma y de acuerdo con la clasificación obtenida en el Sisbén de acuerdo con la metodología vigente al momento de la atención del afiliado.

Los afiliados deberán cancelar a la IPS el valor del copago o la cuota moderadora al momento de la prestación de los servicios, en los casos que aplica. En consecuencia, la IPS realizará el recaudo y facturación del mismo y lo registrará como valor descontado en la factura que radica a la EPS.

SOLICITUD AUTORIZACIÓN MASIVAS

En Capital Salud EPS-S las autorizaciones masivas corresponden al proceso de solicitud, evaluación y aprobación simultánea de múltiples servicios de salud (como consultas, laboratorios, exámenes o medicamentos), correspondientes a varios afiliados o usuarios, que cumplen con criterios clínicos y administrativos previamente establecidos. Se tiene como predeterminado que este canal se activa cuando hay mínimo 100 solicitudes de un servicio para una misma IPS.

Objetivo: Agilizar la gestión de autorizaciones para grupos de usuarios, optimizando la gestión y recursos administrativos tanto de la IPS como de la EPS, reduciendo los tiempos de trámites y garantizando el acceso oportuno a servicios a una población deteminada geográficamente o en la gestión de cohortes según necesidad (Programas especiales, crónicos, oxigeno requirentes, etc.) según acuerdos establecidos entre las partes.

Las autorizaciones pueden generase posterior a la prestación durante el mes de atención médica, con el objetivo de legalizar las prestaciones efectivas y disminuir los trámites administrativos en la población objeto.
Posterior a la recepción de la base de datos por parte de la IPS, la EPS dará respuesta en las siguientes 72 horas con la base de respuesta de autorizaciones y/o novedades en la generación de la autorización. Esta se puede realizar en una o más etapas de acuerdo al número de servicios a autorizar

1. Envío de solicitudes por parte de la IPS

La IPS deben realizar envío de las bases según estructuras definidas por parte de la EPS-S al correo electrónico yanalbarl@capitalsalud.gov.co y profesional.autorizaciones@capitalsalud.gov.co.

2. Consolidación de Solicitudes

Se realiza consolidación de la información y se realiza proceso para cargue de estructura en aplicativo masivo en este paso se valida:

- Validación de derechos administrativos
- Validación contra tabla de negociación
- Confirmación de cumplimiento de requisitos.

3. Envío Masivo de Solicitudes y Gestión de Respuestas

Posterior a cargue en masivo se generar respuesta con la aprobación o el rechazo de la solicitud inicial, la cual se enviará al correo de la IPS para contra respuesta y/o validación según necesidad.
Nota: la IPS posterior a respuesta emitida por la EPS-S tendrá dos días hábiles para realizar los ajustes correspondientes y solicitar nuevamente la autorización por modalidad masiva. Cualquier novedad frente al proceso será notificada mediante correo electrónico a yanalbarl@capitalsalud.gov.co y profesional.autorizaciones@capitalsalud.gov.co.

AUTORIZACIÓN POR LA PÁGINA WEB DE CAPITAL SALUD EPS-S

Objetivo: Optimizar y facilitar el proceso de solicitud de autorizaciones médicas a través de la página web de Capital Salud EPS-S, garantizando eficiencia, accesibilidad y atención oportuna a los usuarios.

El sistema autorizador WEB es un software destinado por Capital Salud EPS-S a las IPS para los servicios ambulatorios, urgencias y/o servicios hospitalarios. A través de este aplicativo, con una previa verificación de derechos y evaluación de la solicitud, se autorizan o rechazan los servicios solicitados.

Las IPS de Red podrán ingresar mediante una clave de acceso con la cual podrán generar las autorizaciones de los servicios que Capital Salud determine para autogestión Web.

Para el ingreso a la aplicación web, la IPS debe contar previamente con un usuario y contraseña asignada por Capital Salud EPS-S, quien le realizará entrega, capacitación y acompañamiento inicial en el manejo del aplicativo.

1. **Proceso de Autorizaciones**

Las IPS Hospitalarias tendrán acceso al sistema autorizador por medio de la página WEB a través del link Servicios Web Capital Salud v1.7 portal de servicios IPS, donde le solicitará usuario y clave para ingreso, una vez realizado estas validaciones la IPS podrá acceder a autorización de servicios, consulta de autorizaciones, cambio de estados de autorizaciones de prestación efectiva y demás permisos generados por EPS-S.

- Los permisos dependen de los servicios que oferte la IPS, contrato y acuerdos establecido con Capital EPS-S
- El acceso es a través de la asignación de 4 claves genéricas.
- Solo generarán autorizaciones de servicios contratados y parametrizados para la EPS.

La IPS debe realizar los siguientes pasos para generar las autorizaciones:

- Validar derechos administrativos de los afiliados
- Ingresar documento en aplicativo
- Ingresar código de IPS.
- Cargar código CUPS
- Generar número de autorización.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN EN PUNTO DE ATENCION (servicios ambulatorios o electivos)

Objetivo: Garantizar el acceso de los servicios de salud mediante el proceso de autorizaciones presenciales de servicios que por modalidad de contrato requieran autorización previa para la programación.

Capital Salud EPS-S dispone de puntos de atención al usuario distribuidos en Bogotá Meta y Soacha para la generación de autorizaciones de forma presencial los cuales se relacionan a continuación.
Los pueden consultar a través de la página web https://www.capitalsalud.gov.co/puntos-de-atencion-bogota/ y https://www.capitalsalud.gov.co/punto-de-atencion-pau-meta/

Se generan formatos desde los puntos de atención (PAU) de Capital Salud EPS-S donde se autoriza y/o pre autoriza un servicio de Salud. La autorización de servicios dependerá de la contratación que se tenga con la IPS solicitante.

Servicios pactados en Modalidad de Pago Prospectivo (Cápita o Pago Global Prospectivo): Los servicios incluidos en una modalidad de pago prospectivo contratados con una IPS no necesitan autorización alguna por parte de la EPS. Si lo requieren aquellos servicios que excluidos de la misma.

Servicios pactados en Modalidad de Pago por evento: Para acceder a los servicios programados es necesario que la IPS tenga la autorización respectiva y puede generar una autorización por cada servicio o una autorización integral por el servicio de acuerdo a lo pactado entre las partes y la clasificación de cada servicio.

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Capital Salud EPS-S cuenta con contrato de Cápita Ampliada para la dispensación de los medicamentos y dispositivos de mayor frecuencia de prescripción. En Meta a través de gestores farmacéuticos que cuentan con puntos estratégicos ubicados en diferentes municipios donde la EPS hace presencia, asegurando la dispensación directa a los afiliados minimizando la necesidad de presentar Autorización de Servicios, disminuyendo con ello las barreras administrativas. Nuestro afiliado deberá presentar la fórmula médica conforme a la Resolucion 2335/2023, norma que la modifique o sustituya en diferentes puntos de la ciudad o municipios para hacer entrega directa a los usuarios sin ser necesaria presentar autorización. El usuario debe presentar formula médica y/o resumen de clínica (cuando aplique).

No obstante, se aclara que para los medicamentos y dispositivos de alto costo y los no incluidos en las Cápitas ampliadas, se requiere autorización la cual puede el usuario gestionar a través de los Puntos de Atención al Usuario (PAU) presencial o virtual con la formula médica e historia clínica. La prescripción debe cumplir con las siguientes condiciones en de acuerdo con resolución 2335 del 2023**:**

- Tener la cédula o documento de identidad del usuario en forma clara.
- Tener el nombre completo del usuario en letra clara.
- Estar totalmente diligenciado en letra clara y legible.
- Fecha de remisión.
- Firma del Médico tratante
- Documento de identidad del Médico tratante

- Registró Médico
- Sello del Médico tratante (en caso de que esta se genere de manera física)
- Nombre de cada medicamento o dispositivo con la respectiva cantidad
- Posología en número y letras.
- No tener tachaduras o enmendaduras.
- Estar en papelería original membretada de la Institución que remite. No se admiten fotocopias de formatos.

Previa validación de derechos administrativos y de acuerdo direccionamiento, Capital Salud EPS-S entregara una autorización en estado (5) con el número de aprobación en un formato preimpreso con la siguiente información:

- Nombre completo del usuario.
- Documento de identidad del usuario.
- Fecha de autorización
- Días de vigencia de la autorización.
- Firma y sello del funcionario que autoriza
- Nombre de cada servicio con la respectiva cantidad
- Nombre de la IPS prestadora y/o proveedor.
- NIT de la IPS prestadora y/o proveedor.
- Teléfono de la IPS prestadora y/o proveedor.
- Dirección de la IPS prestadora y/o proveedor**.**
- Pagos compartidos (si aplica)

Una vez el usuario se acerque a la IPS o al Proveedor (operador logístico de medicamentos o gestor farmacéutico) este debe, a través de la página WEB de Capital Salud EPS-S, realizar el cambio de estado de Autorización (pasar de estado 5 “Asignada-Autorizada” a estado 6 “Cumplida-ejecutada”). Lo anterior con el fin de llevar el seguimiento a la oportunidad de entrega del medicamento o dispositivo. Si desde la IPS o proveedor no se realiza el cambio de estado, puede ser motivo de glosa por servicio no prestado efectivamente y cancelados en caso de vencimiento.

AUTORIZACION DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Para la Autorización de servicios ambulatorios (exceptuando los precisa la normatividad vigente), el usuario debe acercarse a uno de nuestros Puntos de Atención al Usuario (PAU) o gestionar a través del PAU virtual con los siguientes documentos: Orden médica o anexo 1 e historia clínica.

Capital Salud EPS-S realiza el proceso de validación de derechos en sistema interno de la EPS donde se valida la cobertura y contratación del servicio, para generar el váucher de autorización el cual tiene la siguiente información:

- Numero de autorización.
- Entidad Responsable de pago.
- Información del prestador.
- Datos de paciente.
- Datos de transacción.
- Servicios Autorizados
- Pagos compartidos
- Información de la persona que autoriza y la solicitud.
- Observaciones.

SOLICITUD DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS.

Estas solicitudes son generadas en análisis de solicitudes en segunda instancia de cada sucursal, en el que se realiza la evaluación técnico-científica de las cirugías o procedimientos, apoyos diagnósticos etc, según parametrización y modelo de la EPS-S, para emitir o negar su aprobación o solicitar ampliación de soportes.

Las IPS deben entregar al usuario la siguiente documentación para el trámite:

- Solicitud, orden medica o anexo técnico 1 de Servicios en papelería institucional.
- Resumen de la Historia Clínica del Usuario.
- Orden Médica.

Si los CUPS solicitados se encuentran parametrizados en la EPS para el proceso de auditoría de segunda instancia, desde el punto de atención se informará que la EPS generará respuesta en los tiempos establecidos de la Resolución 2335 del 2023:

- **Servicios Prioritarios**: Dos (2) días posterior a la radicación de la solicitud en la EPS-S
- **Servicios no prioritarios:** Cinco (5) días posterior a la radicación de la solicitud en la EPS-S

El adecuado diligenciamiento de los soportes requeridos por parte del médico tratante, facilitará la oportunidad de la respuesta. Una vez la IPS vaya a prestar el servicio se debe comunicar con la línea 24 horas y solicitar la liberación del servicio

ya autorizado; para las IPS que cuentan con las claves de la página web podrán realizar la liberación a través de este medio.

AUTORIZACION DE CIRUGIA AMBULATORIA

La autorización emitida cubre la cirugía realizada autorizada y los hallazgos o cirugías relacionadas siempre y cuando sean del mismo grupo quirúrgico o inferior al autorizado.

En caso de requerir autorización complementaria de acuerdo a los hallazgos y teniendo en cuenta lo previamente mencionado, esta solicitud debe realizarse a través de línea telefónica centro de atención telefónica CALL CENTER en el númer0 (601) 7427257 opción 5.
Nota: Esta autorización no cubre la internación / hospitalización en piso

7. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CAPITAL SALUD EPS-S

Objetivo: Garantizar la continuidad, oportunidad y calidad en la atención en salud de los afiliados de Capital Salud EPS-S, mediante un proceso eficiente y articulado de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención, asegurando la adecuada gestión del riesgo en salud y el acceso efectivo a los servicios requeridos.

La gestión de referencia se da entre tres momentos desde la EPS
7.1. Gestion de radicación
7.2. Regulación
7.3. Coordinación de ambulancia y cierre de caso.

7.1. GESTION DE RADICACION DE CASO:

La IPS radicará tramite de Referencia y Contrareferencia mediante envío de soportes de anexo técnico a los correos referenciaycontraref@capitalsalud.gov.co de la línea telefónica (601) 7427257 opción 4 para los casos de referencia integral.

Para los casos de apoyos diagnósticos o apoyo de interconsultas que IPS origen requiera para manejo de afiliados hospitalizados, La IPS radicará tramite de Referencia y Contrareferencia mediante envío de soportes de anexo técnico a los correos citaintrahospitalaria@capitalsalud.gov.co de la línea telefónica (601) 7427257 opción 4.

De acuerdo con la Resolución 2335 del 2023, la radicación para proceso de remisión debe realizarse a través del Anexo No 1, el cual debe contar con datos de fecha vigente y diligenciados todos los campos en forma precisa y completa.

Desde el área de Referencia y Contrarreferencia de Capital Salud EPS-S solicitarán en el momento de la llamada a la IPS la siguiente información:

- Número de identificación del afiliado.
- Nombre completo del afiliado.
- NIT de IPS y/o nombre IPS.
- Tipo de transacción (remisión, contra remisión, valoración y/o apoyo diagnostico).
- Servicio solicitado.
- Diagnóstico CIE 10 (O el que lo sustituya, en implementación futura del CE11)
- Fecha de ingreso del usuario y medio por el cual llegó a la institución.
- Motivo de radicación de trámite.

La IPS enviará de forma paralela a la llamada de radicación el anexo técnico No 1, evolución clínica y laboratorios complementarios, soportando la solicitud de remisión, contra remisión, valoración y/o apoyo diagnóstico a los correos habilitados referenciaycontraref@capitalsalud.gov.co y citaintrahospitalaria@capitalsalud.gov.co según corresponda.

Para la radiación por referencia de servicios Cápita / PGP ofertados por los diferentes prestadores se realizará con previo correo de aceptación de recobro de las atenciones realizadas en IPS privada.

7.2. GESTION DE REGULACION DE CASO:

La EPS solicitará a la IPS diariamente él envió de soportes actualizados: evolución clínica de médico o especialidad tratante, envió de reporte de laboratorios, imágenes y ayudas diagnósticas.

La IPS informará oportunamente toda novedad que se presente durante el trámite de remisión (Cancelación de trámite, error en solicitud de trámite, cambio de condición de salud del afiliado, egreso, fallecimiento, otros).

En caso de solicitudes de servicios que se encuentren cubiertos bajo un contrato de Cápita o de PGP, referencia y contrareferencia de la EPS notificara a la IPS contratada bajo el modelo prospectivo, si pasado el tiempo estimado

contractualmente con la IPS del modelo, esta no emite respuesta o su respuesta es negativa, la EPS procederá a autorizar la atencion a la IPS que solicito la autorización, esto en caso de pacientes estables y cuyo manejo pueda ser diferido. Si la IPS del modelo prospectivo emite respuesta positiva en los tiempos acordados, referencia y contrarreferencia iniciara el proceso de referencia del usuario según condición clínica del usuario y afectación del indicador concertado.

7.3. GESTION DE UBICACIÓN DE AFILIADO:

Una vez ubicado el afiliado, la EPS-S informará a la IPS origen, vía telefónica y/o correo electrónico los datos de la IPS destino o de aceptación.

La EPS solicitará a la IPS vía telefónica y/o correo electrónico tipo de móvil requerido para el traslado, goteos de medicamentos, suministro de oxígeno y demás dispositivos médicos con los que cuente el afiliado en el momento, así como la autorización de ingreso de acuerdo con el tipo de servicio y la complejidad de este. En la eventualidad, cuando el paciente no tenga acudiente presente al momento de su ingreso y su condición física o mental no le permitan autorizar o tomar decisiones, la IPS receptora deberá enviar apoyo por parte de trabajo social para gestionar la situación y ubicar a familiar o persona que pueda dar trámite y autorización para que se presenten las atenciones que requiere el usuario. Loa nterior deberá ser consignado en la historia clínica, con su respectivo estudio de caso realizado por trabajo social, la IPS receptora se contactará con referenciaycontraref@capitalsalud.gov.co y citaintrahospitalaria@capitalsalud.gov.co , con el objeto de validar el traslado y el procedimiento.

8. COORDINACIÓN DE TRASLADO DE AMBULANCIA PARA TRAMITES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

La EPS notificará a la IPS la unidad móvil que realizará el traslado, la IPS debe emitir al area de referencia y contrarreferencia de Capital Salud EPS-S la siguiente información para casos de traslado:

- Número de identificación del afiliado.
- Nombre completo del afiliado.
- Diagnóstico CIE 10
- Tipo de móvil (básica o medicalizada).
- Soportes médicos (Requerimiento de Oxígeno, goteos de medicamentos y/o dispositivos médicos).

- Nombre de acudiente o persona que realizará el acompañamiento del afiliado durante el traslado a la IPS destino

En los casos de pacientes en abandono, condición de habitante de calle y/o falta de red de apoyo, la IPS brindará el apoyo requerido para el traslado de afiliados según se requiera para continuidad de prestación de servicio o continuidad de manejo médico por medio de carta trabajo social.

En la eventualidad que la EPS no cuente con la disponibilidad de ambulancia, la IPS enviará cotización a la EPS quien generará la respectiva autorización y para que el prestador proceda a realizar el traslado del paciente.

CONFIRMACION DE INGRESO EFECTIVO:

Desde la EPS-S una vez coordinado el servicio se procederá a realizar seguimiento de conformación de egreso de IPS origen y/o ingreso a IPS destino, mediante llamada telefónica durante esta llamada se solicitará la siguiente información:

- Fecha de ingreso
- Hora de ingreso
- Nombre de la persona que confirma información

Estos datos serán registrados en la bitácora como cierre de caso y efectividad, se solicita a los prestadores que la información se veraz dado que esto es reportado a la superintendencia para seguimiento de reportes de referencia y contrareferencia de la EPS.

9. SOLICITUD DE OXÍGENO PARA EGRESO HOSPITALARIO

Objetivo: Establecer la ruta para la solicitud de oxígeno domiciliario tras el egreso hospitalario, con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento en casa.

Capital Salud EPS-S asegura el acceso a este servicio a través de cuatro etapas, descritas a continuación:

9.1. Solicitud de oxígeno por parte de la IPS

La IPS debe realizar la solicitud de oxígeno domiciliario enviando la siguiente documentación al correo electrónico oxigenos@capitalsalud.gov.co:

1. Anexo técnico No. 1 y/o orden médica e historia clínica.
2. Número de identificación del afiliado.
3. Nombre completo del afiliado.
4. Diagnóstico (Código CIE-10).
5. Dirección de residencia.
6. Dos números de contacto telefónico.
7. Nombre del acudiente o responsable de recibir el equipo.
8. Orden médica que especifique:
    - Litros por minuto.
    - Horas de oxígeno por día.
    - Días de tratamiento.

Nota: Si la solicitud está incompleta, el área de oxígeno de la EPS se comunicará vía correo electrónico con la IPS para solicitar la información faltante.

9.2. Autorización de servicios

Una vez recibida la solicitud, la EPS validará la información y procederá a generar la autorización de los servicios médicos ordenados. Posteriormente, se direccionará a los proveedores contratados para la entrega de oxígeno domiciliario.

9.3. Reporte al proveedor de oxígeno

La EPS enviará al proveedor de oxígeno, por correo electrónico, la autorización junto con los datos de entrega. Esta información también se compartirá con la IPS solicitante, para conocimiento y seguimiento del caso.

Nota: Si el proveedor encuentra alguna novedad (como imposibilidad de contacto con el familiar, no aceptación del equipo, entre otros), informará a la EPS por correo electrónico, quien deberá gestionar nuevamente la solicitud con la IPS**.**

9.3. Seguimiento a la entrega del servicio

Capital Salud EPS-S realizará seguimiento a la entrega oportuna de los equipos mediante llamadas telefónicas y correos electrónicos al proveedor asignado.

Una vez la IPS radique la solicitud al correo oxigenos@capitalsalud.gov.co, la EPS contará con un plazo máximo de 48 horas para coordinar la entrega del oxígeno domiciliario. Si no se recibe respuesta dentro del plazo establecido, la IPS deberá notificar el caso al número 3212382498 y al correo electrónico enfermerocallcenter@capitalsalud.gov.co



1. GENERALIDADES

La auditoría es en términos generales la acción de verificar que un determinado hecho o circunstancia ocurra de acuerdo con lo planeado o esperado. El proceso de Auditoria en Salud de CAPITAL SALUD EPS-S tiene como fin primordial, garantizar la calidad de la atención en salud, que deben recibir nuestros afiliados en las diferentes IPS de la red contratada, buscando que esto le permita contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y administrar de una forma eficiente y eficaz, los recursos asignados para dicha atención.

Así mismo, realizar la evaluación sistemática de la calidad, la seguridad y la racionalidad técnico - científica y la optimización de los recursos de la atención en salud enfocados principalmente en el proceso y resultado, mediante el análisis de la aplicación del conocimiento profesional en la prestación de los servicios de salud.

2. OBJETIVO

Asegurar la prestación de servicios de salud humanizados, con calidad y seguridad para los usuarios de Capital Salud EPS-S a través de un proceso de auditoria integral y continuo a los prestadores de la Red Contratada.

3. EJES DE LA AUDITORÍA

a. Gestión de la información:
Disponer de un sistema de información que garantice el registro oportuno y permanente de la información, así mismo como el flujo permanente de la data y la confiabilidad de los mismos, el producto resultante de la auditoría y que permita su uso y análisis oportuno (analítica de datos) para el monitoreo, seguimiento y gestión de indicadores para la toma de decisiones.

b. Gestión de acceso al modelo de atención:
Identificar las barreras de acceso a los servicios contratados, verificando su capacidad de red contratada, instalada y en funcionamiento y los procesos operativos necesarios para la atención oportuna; monitoreo y gestión de la atención integral hacia el control ambulatorio de grupos poblacionales(cohortes), gestantes, usuarios con diagnóstico de patologías precursoras, cohortes de alto costo, y egresos hospitalarios con continuidad de atención domiciliaria (extensión hospitalaria, alta temprana, crónicos no ventilados y crónicos con ventilación mecánica).

c. Gestión médica:
Evaluar la calidad brindada en los procesos médicos con base en las guías y protocolos adoptados por la EPS y la IPS, orientado por indicadores y con enfoque en una población ya definida, sea gestante, con diagnóstico de enfermedades precursoras, con diagnóstico perteneciente a cohortes de alto costo (GR), la cohorte de pacientes oncológicos o de cáncer, seguimiento e identificación de pacientes en el servicio de urgencia que no estén vinculado a manejo oncológico, eventos de interés en salud pública, estancias hospitalarias prolongadas sin justificación médica, egresos hospitalarios con continuidad de atención ambulatoria y traslados interinstitucionales, altas tempranas y egresos seguros.

d. Calidad de la atención en salud:
Identificar todos los factores que influyen en la atención de los pacientes y realizar seguimiento a la oportunidad en la realización de: imágenes diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, laboratorios, interconsultas de especialidades y lo que requiera el paciente durante su atención médica en la hospitalización o de manera ambulatoria.

Reportar oportunidades de mejora en la prestación del servicio (fugas, eventos adversos, acciones inseguras, fallas de calidad, a la luz del programa de seguridad del paciente cumplimiento en la contratación- y direccionamiento), fuente permanente de retroalimentación y gestión para el cumplimiento de los estándares de calidad, disminución de inconformidades y mitigación de riesgos en la prestación de los servicios.

4. LÍNEAS DE TRABAJO DE LA AUDITORIA

La auditoría médica concurrente está vinculada estrechamente a los procesos de atención al paciente, en el ámbito hospitalario en los servicios de observación de urgencias; internación (Cuidado intensivo, intermedio, piso y salas especiales); traslados interinstitucionales y egresos hospitalarios con manejo domiciliario.

La Auditoria de Calidad está enfocada a la evaluación del cumplimiento de condiciones de habilitación, acceso a los servicios, seguridad del paciente y monitoreo al cumplimiento de los indicadores de obligatorio cumplimiento y reporte por parte de las IPS.

El auditor es un gestor de cambio a partir de la detección de riesgos, ineficiencias y oportunidades de mejora que le permitan a la IPS cerrar brechas y evolucionar en

el proceso de atención integral del paciente de acuerdo a las características definidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Líneas de trabajo en la gestión de auditoría:

- Análisis de adherencia a guías y protocolos médicos
- Análisis de pertinencia
- Análisis de seguridad
- Análisis de oportunidad
- Monitoreo de la calidad en la prestación de los servicios
- Seguimiento a los planes de mejora

5. GESTIÓN DE LOS AUDITORES DE CONCURRENCIA

El equipo de Auditoria de Capital Salud EPS-S realiza:

- Revisión diaria del censo hospitalario.
- Verificación diaria de los egresos hospitalarios y dar cierre en el módulo de auditoría de la EPS a los pacientes egresados el día anterior o durante el fin de semana.
- Análisis concurrente y retrospectivo de las atenciones.
- Evaluación de la variabilidad de la práctica médica (diferentes opciones terapéuticas y formas de práctica médica), revisión crítica de la atención en salud frente a protocolos y guías de práctica médica.
- Registro de la gestión en las herramientas y formatos definidos por la EPS para garantizar el seguimiento al proceso de auditoría en pro de obtener indicadores que permitan la toma efectiva y oportuna de decisiones
- Identificación de eventos de seguridad del paciente (acciones inseguras, posibles eventos adversos y fallas de calidad).
- Gestión de los requerimientos relacionados con los pendientes administrativos durante la atención intrahospitalaria de los pacientes con el fin de prevenir o disminuir estancias prolongadas.
- Reforzar al equipo tratante el cumplimiento de los requisitos de acuerdo con la normatividad vigente de los servicios No PBS prescritos ante MIPRES cuando se evidencien falencias que afecten la continuidad de la atención.
- Seguimiento y evaluación de los registros clínicos, su calidad y pertinencia, así como el cumplimiento de las normas administrativas y legales en su diligenciamiento.
- Apoyo para la gestión y respuesta oportuna de las PQR asociadas a eventos de atencion hospitalaria.

- Evaluación del cumplimiento de condiciones de habilitación y de los programas de seguridad del paciente.
- Validación del cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).
- Monitoreo al cumplimiento de las metas de los indicadores normativos de reporte obligatorio.

6. GESTIÓN DE LOS AUDITORES DE CALIDAD

• Evaluación del cumplimiento de condiciones de habilitación y de los programas de seguridad del paciente.
• Validación del cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).
• Monitoreo al cumplimiento de las metas de los indicadores normativos de reporte obligatorio.

En los casos en que el auditor concurrente o de calidad de la EPS identifique objeciones durante el proceso de la atención de los pacientes, estas serán reportadas al auditor de la IPS y posteriormente en el aplicativo de auditoría y serán enviadas al área de cuentas medicas para su respectiva gestión administrativa y aplicación de la glosa a que hay lugar.

La gestión de los auditores es monitoreada por la Subdirección de la Sucursal y la Coordinación de Medica.

7. RECURSOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIA

- El prestador deberá designar el talento humano que sea auditor o profesional de enlace con el equipo de auditoria dispuesto por la EPS.
- El prestador debe permitir el acceso a los recursos físicos, tecnológicos e informáticos requeridos para el desarrollo de la actividad diaria en la IPS por parte del auditor concurrente y la periódica por parte del auditor de calidad.
- El prestador debe aportar la información clínica para los análisis de eventos adversos y demás asociados con la seguridad del paciente.
- Capital salud EPS-S dispondrá del talento humano para realizar la auditoria concurrente y de calidad.

8. MONITOREO INDICADORES

- Capital Salud EPS-S realizará seguimiento periódico a los Indicadores establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud - SOGCS, los definidos para las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS (si aplica), los demás que sean requeridos según la normatividad vigente y conforme a lo pactado contractualmente con el prestador y según el anexo de Indicadores.

9. MONITOREO A PLANES DE MEJORAMIENTO

- Producto de las oportunidades de mejora y/o hallazgos identificados en los procesos de auditoría concurrente, de calidad y de supervisión de contratos que realice Capital salud EPS-S al prestador, se derivara el o los respectivo(s) Plan de mejoramiento que debe ser radicado a la EPS conforme a los tiempos pactados.
- La EPS realizará el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora y su impacto en los indicadores y proceso de atención integral de acuerdo los plazos definidos y la periodicidad pactada para el seguimiento.



Cuentas medicas

VIGILADO Supersalud

capitalsalud eps-s

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ

1. GENERALIDADES

Este instructivo contiene los lineamientos para la presentación, radicación y auditoría de las cuentas médicas presentadas por los prestadores de servicios y proveedores de tecnologías de salud según el tipo de contratación acordada con los mismos, en cumplimiento con la normatividad vigente relacionada y las políticas internas de la entidad. Los instrumentos específicos, reportes, estructuras y medios para el reporte de la información han sido definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, así mismo se encuentra normado la participación de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la entrega y recepción de información. Capital salud EPSS busca orientar a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de tecnologías en salud (medicamentos, Materiales e insumos) que suscriban acuerdos de voluntades a desarrollado este manual con el fin de facilitar y orientar el proceso de Facturacion, radicación, auditoría de cuentas médicas.

1.1 PREVALIDACIÓN

Teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en especial el Decreto 441 de 2022, resolución 2275 de 2023, 2284 de 2023 y las normas que modifiquen adicionen o sustituyan, toda cuenta que se radique en la EPS debe presentar el CUV (código único de validación) obtenido a través del mecanismo único de validación del RIPS en el portal dispuesto por el ministerio de salud y protección social, como soporte de la Factura electrónica de ventas en salud.

El mecanismo único de validación dispuesto por el Ministerio desarrolla las reglas de validación de estructura de los archivos a transmitir, el contenido de los archivos de Factura Electrónica de Ventas en Salud - FEV, Notas Crédito Parcial, Notas Crédito Total, Notas Débito y sus RIPS asociados con la generación del Código Único de Validación – CUV para los archivos que satisfacen las validaciones.

Dando cumplimiento a la Resolución 41656 de Dando cumplimiento a la Resolución 41656 de 2019, Resolución 388 de 2020 de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), Resolución 1885 de 2018, Resolución 2438 de 2018, Resolución 5871 de 2018, Resolución 206 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, y el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019 del Plan Nacional de Desarrollo, la facturación correspondiente a tecnologías no financiadas con cargo a la Unidad de Pago de Capitación (NO PBS) presentada a partir del primero de Enero de 2020 a nombre de Capital Salud EPS SAS deberá

registrar en el campo número de autorización de los archivos planos de RIPS el ID traza referido en la metodología MIPRES.

1.2 PRESENTACIÓN DE FACTURAS A CAPITAL SALUD EPSS

Las facturas presentadas por los prestadores ante la EPS deben cumplir con los requisitos establecidos en el estatuto tributario. En especial los establecidos en los artículos 40 y 258 de la Ley 223 de diciembre de 1995, los cuales modificaron los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, y las normas reglamentarias expedidas por el gobierno nacional (Decretos 1094 y 1165 de 1996 y la resolución 3878 / 96 de la DIAN) así:

- Artículo 617 del Estatuto Tributario:

- Denominación expresa de FACTURA DE VENTA
- Apellidos y nombres o razón social completa y C.C. o NIT de quien presto el servicio.
- Dirigida a nombre de Capital Salud EPSS NIT 900.298.372-9
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de factura de ventas
- Fecha de expedición de la factura
- Descripción específica o genérica servicios prestados
- Valor total de la operación
- El nombre o razón social del impresor de la factura
- Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.
- Debe ir firmada y sellada por el responsable de la entidad que la emite Nota: los numerales resaltados deben estar debidamente preimpreso.

- Artículo 618 del Estatuto Tributario:

Los responsables pertenecientes al régimen Común de impuestos a las ventas deberán discriminar el impuesto en todos los casos.

La recepción de las facturas en la EPS debe realizarse a través la página oficial de Capital Salud https://www.capitalsalud.gov.co/ y ubicar la opción Radicación Factura IPS. de acuerdo a instructivo “SISPRO CapitalSalud_IPS 3 6”.

Los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud bajo modalidad evento, deberán presentar en forma independiente la facturación de servicios prestados a usuarios del Régimen Subsidiado y del Régimen contributivo, al igual que los servicios con cargo al plan de beneficios y los servicios con cargo a presupuestos máximos.

Para el caso de contratos de modalidad de PGP, cápita o PYD, la presentación de facturas deberá diferenciar régimen (subsidiado o movilidad de contributivo) y la modalidad de contratación (PGP, cápita etc..)

La presentación de la facturación puede realizarse las 24 horas del día, y el procesamiento de la radicación está sujeta a los tiempos del sistema de información para la confirmación de la radicación, dada la concurrencia de usuarios realizando la radicación de facturas.

1.3 RADICACIÓN DE CUENTAS

La factura electrónica de venta con validación previa, las notas crédito o notas débito y los demás instrumentos electrónicos, así como los documentos soporte establecidos en la resolución 2284 de 2023, recibidos por el portal de Capital Salud EPSS, valida que la fecha de expedición de la factura electrónica de venta con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales —DIAN no supere los veintidós (22) días hábiles, contados a partir de para la radicación ante las entidades responsables de pago o demás pagadores, de la factura y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud aprobados por el mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes determinados en la normatividad vigente. Una vez recibidos dichos documentos, se generará automáticamente el número único de radicación con fecha y hora, momento a partir del cual se entenderá radicada,

En los que se haya modalidad de pago por capitación, la expedición y entrega de la primera factura electrónica de venta se hará sin el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. Para la expedición de la segunda factura será requisito haber entregado a la EPS los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud aprobados por el mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes de ley del mes inmediatamente anterior.

La información reportada en los archivos RIPS deberá ser totalmente consistente y veraz, así como con los datos registrados como soporte de la prestación del servicio.

Los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud serán responsables de la veracidad, integridad y coherencia de dicha información, así como del cumplimiento de las reglas de validación establecidas. Los RIPS constituyen el principal mecanismo de validación, control y seguimiento del contrato, así como la documentación soporte exigida en la normatividad legal vigente.

La presentación de la facturación de servicios y tecnologías deberá realizarse con la codificación respectiva: Códigos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS y con el Código Único de Medicamento CUM. La IPS deberá garantizar que los servicios facturados y dispensados con CUM correspondan con los contratados para la DCI direccionada y autorizada.

1.4 SOPORTES

De acuerdo con el Decreto 441 de 2022 en relación con los soportes de cobro, los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán presentar a las entidades responsables de pago las facturas de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que haya lugar a exigir soportes adicionales. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es soporte obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, el cual será validado de conformidad con lo establecido por dicho Ministerio.

Los soportes definidos corresponderán a los establecidos en el anexo técnico No. 2 de la Resolución 2284 de 2023, o las normas que modifiquen o adicionen.

1.5 AUDITORÍA DE CUENTAS

Los criterios y requisitos establecidos en este documento son de obligatorio cumplimiento para la facturación, recepción, radicación y seguimiento de las cuentas médicas, hasta tanto se emita una versión superior al documento con las modificaciones o actualizaciones que se requieran. Lo anterior en atención a que el presente documento ha sido elaborado con base en las políticas y normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para todos los efectos las inconsistencias que sean detectadas en los datos reportados en los RIPS respecto a la atención prestada o frente a lo contratado serán objeto de Glosa de acuerdo al anexo 3 manual único de devoluciones, glosas y respuestas definido e la resolución 2284 de 2023 por el ministerio de salud y protección social.

.
La facturación deberá corresponder a lo pactado contractualmente en servicios, tarifas, frecuencias, soportes y las demás que determine el acuerdo de voluntades. Cualquier modificación al acuerdo de voluntades inicial deberá ser legalizada a través de otro si.

La auditoría de paquetes se realizará frente a lo contractualmente pactado en servicios, cantidades, frecuencias e intervalos de atención, si esto no está incluido en el acuerdo de voluntades se entenderá que el paquete es único y no deberá ser realizado nuevamente al usuario objeto del paquete.

El pago de medicamentos o nutrición será realizado por unidósis cuando la IPS cuente con la tecnología para este manejo. Si la IPS no posee esta tecnología, los medicamentos serán pagados de acuerdo con la dosificación, teniendo en cuenta la estabilidad de estos descrito en la literatura descrito en la literatura o que implique medicina basada en la evidencia

Se reconocerá el valor correspondiente a terapia de nutrición enteral o parenteral por nutricionales, elementos e insumos discriminados en unidades y centímetros aplicados y debidamente soportados en las órdenes medicas de nutricionista del servicio y hoja de suministro de medicamentos.
Capital salud EPSS no reconocerá el pago de medicamentos o tecnologías que no tengan el registro INVIMA ni medicamentos con indicaciones terapéuticas diferentes a las definidas por el organismo de vigilancia, adicionalmente no se reconocerán los excedentes al valor pactado y al valor por topes de medicamentos regulados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Por consulta de control se entiende la realizada por el profesional médico tratante en seguimiento a un tratamiento terminado.

Se reconocerá la utilización de insumos en las presentaciones requeridas de acuerdo la edad y patología del paciente. En todos los casos los insumos deberán ser soportados con la hoja de gastos o consumo de cirugía o sala de procedimientos. No se reconocerá el pago de insumos por fuera de los códigos establecidos de acuerdo al tarifario contratado.

La consulta pre-quirúrgica y pre-anestésica se reconocen cuando se realizan en forma ambulatoria y no se efectúa el procedimiento quirúrgico; se exceptúa el caso

del paciente hospitalizado por patología en alguna de las especialidades de clínicas médicas que posteriormente es objeto de manejo quirúrgico.

Las tarifas pactadas para el pago de imágenes por escanografía y resonancia magnética nuclear incluyen los insumos y medios de contraste requeridos para el mismo, en caso contrario, se reconocerán los medios de contraste o isotopos a la dosis efectivamente utilizada en el usuario.

En ningún caso se autoriza la práctica de psicoterapia por psicólogo general. La realización de la actividad psicoterapia solo podrá ser facturada previa autorización y cumplimiento de requisito de habilitación de talento humano con título de Psicólogo Clínico.

Para el pago de los días de estancia en UCI, se considera como hora de corte las 00:00 horas. El cobro de un segundo día de estancia implica que haya un primer día de veinticuatro (24) horas.
Si un paciente cumple los criterios de hospitalización en la UCI y fallece o es trasladado a otro servicio antes de que cumpla las primeras veinticuatro (24) horas, Capital salud EPSS reconocerá los siguientes porcentajes de la tarifa pactada para un día de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos: hasta seis (6) horas 50 %, hasta doce (12) horas 75 %, después de doce (12) horas 100%.

Se considera como criterio de permanencia en cuidado intensivo las primeras 24 horas post-extubación. En todos los casos se reconoce como incluido en el valor día de estancia en cuidado intensivo o intermedio las actividades realizadas por personal médico y paramédico de la unidad:

- Honorarios de internista e intensivista (24 horas)
- Honorarios de ginecobstetra en UCI materna (24 horas)
- Honorarios de neurólogo y neurocirujano en UCI neuro quirúrgica (24 horas) Honorarios de intensivista y cirujano general o plástico en UCI de quemados (24 horas)
- Servicios de enfermería
- Todos los procedimientos de terapia respiratoria, inhaloterapia.
- Aplicación de sangre y de sus derivados.
- Monitoria cardioscópica, monitoria de presión, ventilación mecánica, electroencefalogramas, estimulación cardíaca con marcapasos temporal, desfibrilación cardioversión, oximetrías, gasometrías, capnografías, distensibilidad pulmonar, resistencia de vías aéreas, cálculo del consumo de oxígeno, glucometrías (Se reconoce la tira reactiva), lavados gástricos,

cateterismos vesicales, inserción de catéteres arteriales, venosos, centrales y de Swan-Ganz u otros procedimientos realizados por los profesionales de la unidad.

Capital salud EPSS no reconoce el pago de la preparación de nutrición parenteral por cuanto corresponde a una actividad per se al suministro de la misma tal como no se reconoce la preparación de mezclas de medicamentos antes de su aplicación al paciente.
No se reconoce el cobro de aire comprimido, insumos que hagan parte de los equipos que por habilitación debe garantizar la unidad ni el alquiler de equipos inherentes a la unidad.
En ningún servicio se reconocerá el pago de oximetrías por tratarse de un signo vital ni de insumos facturados por técnica fallida de profesionales o en entrenamiento por convenio docente asistencial.
En todas las estancias se reconoce el pago de equipos de bomba de infusión con recambio cada 72 horas de acuerdo a protocolo de seguridad y cada 24 horas en los caso de equipos para suministro de TPN. Se reconoce el pago de equipos de bomba de infusión para medicamentos fotosensibles solo cuando el medicamento haya sido colocado.

En las IPS, que conforman la Red de servicios de Capital salud EPSS, en las que médicos y odontólogos generales con capacidad demostrada al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud, realicen algunos procedimientos quirúrgicos estos serán reconocidos hasta por el sesenta por ciento (60%) de su tarifa.

El soporte de recibido de servicios de terapia (cualquier tipo) será la copia del listado de asistencia general diario donde se registran las firmas de todos los pacientes atendidos por jornada por el fisioterapeuta y que incluye los datos básicos de identificación y la firma del usuario autorizado para su atención autorizado previamente, así como la firma de recibido del plan casero entregado al afiliado al terminar las sesiones. No se autorizarán terapias ordenadas por profesionales diferentes al médico tratante.

Las especificaciones del presente documento hacen parte integral del contrato y no excluyen ni modifican, sino que complementan lo establecido en la minuta y anexos acordados por las partes.

Las condiciones específicas para la auditoría de la cuenta médica de acuerdo con las diferentes modalidades de contratación (descuentos por metas, topes, indicadores, incumplimiento, etc.) serán las determinadas en la minuta contractual concertada por las partes.

1.5.1 Manejo facturas PGP (Pago Global Prospectivo)

De acuerdo con el decreto 441 de 2022 el Pago global prospectivo es una modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.

La IPS contratada bajo este modelo PGP Pago Global Prospectivo, deberá garantizar la prestación de los servicios en cumplimiento de los estándares de calidad definidos por EPS, estos serán monitoreados periódicamente.

La IPS contratada bajo este modelo contractual presentará a la EPS los RIPS que soporten la prestación del mes inmediatamente anterior, la EPS realizará la validación de la estructura y calidad de RIPS además de los criterios técnicos que corresponda aplicar a los RIPS para garantizar la calidad en el dato reportado por la IPS. La validación de coherencia y calidad de los RIPS estará a cargo del área de cuentas médicas. Los RIPS están contemplados como la principal fuente de información para la medición de indicadores del grupo de riesgo incluyendo los indicadores de incentivos y descuentos, por lo cual debe garantizarse la calidad en los datos reportados desde la IPS.

Ante el incumplimiento de las metas mínimas definidas para cada indicador, la IPS contratada bajo este modelo contractual en conjunto con el supervisor del contrato deberá establecer planes de mejoramiento tendientes al cumplimiento de las metas propuestas, los cuales serán objeto de seguimiento por parte de la EPS.

El seguimiento se realizará partiendo de las definiciones y políticas del modelo integral de salud, el desarrollo de la gestión clínica y la política de mejoramiento continuo institucional, asegurando la adecuada ejecución del contrato, de acuerdo con lo establecido en el Manual de contratación.

La medición y validación final de cada indicador será realizada por el área correspondiente posterior a la entrega de la información.

El envío del análisis de cumplimiento de los indicadores de incentivos o descuentos Capital salud EPS lo realizará previa reunión con el prestador, donde se realizará acta firmada por las partes. Acta que deberá ser presentada y aplicada con las notas correspondientes que afectan la factura del periodo evaluado.

El recaudo de los copagos y cuotas moderadoras será realizado por la IPS contratada bajo este modelo contractual y posteriormente serán descontados de los pagos fijos (segunda factura) de acuerdo con los valores establecidos en el contrato.

El observatorio de PGP es el escenario establecido para revisión de indicadores de programa, análisis de causas de quejas, cumplimiento de pisos y techos y con base en eso realizar los ajustes a que haya lugar, los cuales serán concertados entre las partes. Se realizará de forma trimestral en conjunto con las áreas de la EPS implicadas en el proceso y la IPS contratada bajo este modelo contractual.

De acuerdo con el contenido de servicios contratados, la IPS contratada bajo este modelo contractual será sujeto de auditorías concurrentes.

1.5.2 Manejo facturas Capitación

Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado, la IPS contratada bajo el modelo Capitación, deberá garantizar la prestación de los servicios en cumplimiento de los estándares de calidad definidos por EPS, estos serán monitoreados periódicamente.

La IPS contratada bajo este modelo contractual presentará a la EPS los RIPS que soporten la prestación del mes inmediatamente anterior, la EPS realizará la validación de la estructura y calidad de RIPS, El Prestador de Servicio de Salud presentara la factura correspondiente la modalidad capitación referenciando periodo facturado, cantidad población y valor cápita, el cual es comparado con el reporte que la EPS notifica al Prestador de Servicio de Salud en la preliquidación.

La cantidad población y valores deberán coincidir con los reportados en la preliquidación notificada por la EPS a la IPS y detallando los valores correspondientes por recaudos de copagos y cuotas moderadoras y los descuentos o incentivos aplicados al periodo.

1.6 GLOSAS – DEVOLUCIONES Y RESOLUCIONES

De acuerdo con el decreto 441 de 2022, la denominación y codificación de las causas de devolución y glosa de las facturas, se realizará conforme al Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual es de obligatoria adopción en los acuerdos de voluntades sujetos a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, así como en aquellos en los que se haya pactado su aplicación. A la publicación de este documento se encuentra en vigencia el manual único de glosas y devoluciones definido en el anexo 3 de la resolución 2284 de 2023.

Capital salud EPSS dispone los siguientes canales para notificación de glosas y devoluciones para oportuna gestión y solución de estas:

Reporte a través del correo electrónico registrado contractualmente en cual se realiza de acuerdo con la estructura definida en el anexo técnico 3 de la resolución 2284 de 2023.

La respuesta a la devolución se debe realizar a través del miniportal.

La repuesta a la glosa a través del correo electrónico:
Analistconciliacion9@capitalsalud.gov.co
cuentasmdcalidad@capitalsalud.gov.co

Las devoluciones se realizarán de acuerdo con las causales definidas por la normatividad vigente (anexo 3 de la resolución 2284 de 2023)

Los tiempos de auditoría establecidos para el trámite de glosas y devoluciones son los definidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 o norma que lo adicione o modifique.
Para los valores de glosas pendientes por resolver que queden en firme en conciliaciones de segunda instancia, se solicitará intermediación de la Superintendencia Nacional de Salud para continuar con trámite y depuración de glosas.

Los valores de glosas pendientes de resolver serán notificados al prestador para realizar conciliación, si transcurridos 10 días hábiles posterior a la notificación el prestador no suministra respuesta, se dará por aceptada la glosa notificando acta de aceptación unilateral.

El incumplimiento a las conciliaciones pactadas será causal de acta de aceptación unilateral.

La no respuesta a glosa en los términos definidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 de parte del prestador, será causal de aplicación del código 822 definido en el artículo 5 de la Resolución 4331 de 2012.

Todo proceso de respuesta a glosa o acta de conciliación deberá ser documentado.