

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	1 de 33

TABLA DE CONTENIDO

1.	Introducción	3
2.	Justificación y alcance	3
3.	Objetivo general.....	3
3.1.	Objetivos específicos	4
4.	Usuarios del manual	4
5.	Marcos.....	4
5.1.	Marco legal	4
6.	Contenido del manual.....	6
6.1.	Referencia y contrarreferencia	7
6.1.1.	Verificación o validación de derechos	7
6.1.2.	Reporte de inconsistencias en los datos de los afiliados o no existencia del afiliado en base de datos.	8
6.1.3.	Notificación de la urgencia.	8
6.1.4.	Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.....	9
6.1.5.	Solicitud de referencia.....	9
6.1.6.	Solicitud de contrarreferencia.....	10
6.1.7.	Solicitud de autorización de Servicios Electivos.	10
6.2.	Facturación y pagos a la red de prestadores.....	20
6.2.1.	Consideraciones Generales.	20
6.2.2.	Aspectos legales que deben contener la factura o documento equivalente.	22
6.2.3.	Radicación de factura.....	23
6.2.4.	Flujo de los recursos y trámite de las facturas. (Tesorería)	23
6.2.5.	Glosas y Devoluciones.....	24
6.2.6.	Recaudo de copagos y cuotas moderadoras (contratación)	24
6.2.7.	Recobro de servicios contratados por modalidad capitación.	25
6.3.	Información e indicadores de obligatorio reporte por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud e indicadores de seguimiento.....	26
6.3.1.	Registro individual de prestación de servicios de salud “RIPS/ESE”	26
6.3.2.	Reporte de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.	29
6.3.3.	Indicadores de seguimiento a las IPS/ESE	29

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	2 de 33

6.3.4.	Auditoria de calidad a la red de prestadores contratada.....	29
6.3.5.	Reporte de información clínica del afiliado	29
6.4.	Conformación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, RIPS/ESES.....	30
7.	Definiciones	32
11.	Anexos.....	33
12.	Referencias	33

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	3 de 33

1. Introducción

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

Por lo anterior, y en el contexto del modelo de aseguramiento en salud en Colombia en especial lo que se refiere a la relación entre la entidad promotora de salud (EPS) y la institución prestadora de servicios de salud (IPS/ESE), es necesario disponer de instrumentos que permitan en forma rápida y práctica, conocer los principales determinantes que ha implementado la EPS para facilitar la operatividad de los procesos inmersos en la relación contractual y que buscan en primera instancia garantizar la oportunidad y el acceso efectivo a la atención en salud de los afiliados a la ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SAVIA SALUD EPS), seguidamente dar a conocer mecanismos y canales alternativos que contribuyan a mejorar la comunicación entre los usuarios del manual y finalmente proporcionar los elementos principales a ser tenidos en cuenta por el prestador de servicios que se derivan de la normatividad vigente y de las disposiciones contractuales, para que se haga efectivo el reconocimiento económico por la prestación de una tecnología en salud por parte de la EPS en calidad de entidad responsable de pago.

2. Justificación y alcance

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

En este carácter, el documento servirá como punto de referencia e instrumento aclaratorio para facilitar la toma de decisiones tanto de los funcionarios de la EPS como de la IPS/ESE que tiene relación directa e indirecta con los procesos que se desarrollan durante el relacionamiento institucional.

3. Objetivo general

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

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	4 de 33

3.1. Objetivos específicos

Enunciar las actividades que deberán conocer y realizar las IPS/ESE en el proceso de referencia y contrarreferencia.

Fortalecer y facilitar la operación de los prestadores en torno al relacionamiento con la EPS

Precisar los requisitos que deben cumplir las IPS/ESE para la facturación y pago de la tecnología en salud prestada.

Referenciar la información e indicadores de obligatorio cumplimiento que deberá reportar la IPS/ESE derivado de la prestación de una tecnología en salud.

4. Usuarios del manual

Los usuarios a los cuales está dirigido el presente manual, son los funcionarios de SAVIA SALUD EPS y las IPS/ESE que participan en forma directa o indirecta en la prestación de la tecnología en salud a los afiliados de la entidad promotora de salud en calidad de afiliado del régimen subsidiado y población en condición de movilidad conforme lo definido en el Decreto 3047 de 2013.

5. Marcos

5.1. Marco legal

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

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

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

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

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

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	5 de 33

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

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

Decreto Ley 019 de 2012: por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

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

Resolución 5395 de 2013: Por medio de la cual se define el proceso de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y se dictan otras disposiciones.

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

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

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

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

Resolución 2003 de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

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

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

Resolución 3951 de 2016: Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	6 de 33

Resolución 6408 de 2016: Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

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

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

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

Resolución 5857 de 2018: Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

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

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

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

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

6. Contenido del manual

El contenido del manual está orientado a brindar información complementaria y aclaratoria sobre los principales determinantes del relacionamiento entre la EPS y la IPS/ESE, en especial lo relacionado con los procesos de referencia y contrarreferencia, facturación de servicios y pagos a la red prestadora, así como también de los requerimientos de información e indicadores que son de obligatorio reporte por la institución prestadora de servicios. En este orden de ideas, el manual de relacionamiento se constituye en un documento de interés y obligatoria lectura por la IPS/ESE que constituye una relación contractual con SAVIA SALUD EPS.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	7 de 33

6.1. Referencia y contrarreferencia

6.1.1. Verificación o validación de derechos

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

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

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

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

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

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

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	8 de 33

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

En todos los caso es obligación del prestador informar mediante el anexo #1 los cambios en la información personal de los afiliados cuando se requiera, enviando este anexo al correo andres.betancur@saviasaludeps.com.

6.1.2. Reporte de inconsistencias en los datos de los afiliados o no existencia del afiliado en base de datos.

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

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

andres.betancur@saviasaludeps.com

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

sergio.sepulveda@saviasaludeps.com

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

carlos.vivero@saviasaludeps.com

bernardo.londono@saviasaludeps.com

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

6.1.3. Notificación de la urgencia.

La IPS/ESE, está en la obligación de informar a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias siempre y cuando el mecanismo de pago para este se hubiese contratado por modalidad de pago por servicio "evento" y dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	9 de 33

y envío del Anexo Técnico N°2, en los términos y tiempos establecidos en el Artículo 3 de la Resolución 3047 del 2008. Una vez diligenciado, el envío puede hacerse vía fax a la línea gratuita 018000423683, opción 1, las 24 horas del día, los 365 días del año o en el correo electrónico notificaciones@saviasaludeps.com.

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

6.1.4. Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.

En los casos que se preste tecnología en salud sin agotar el trámite de solicitud de autorización en concordancia con lo establecido en la Resolución 3047 del 2008 y lo pactado contractualmente la factura será glosada por falta de soportes.

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

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

Para efectos de lo establecido en Resolución 4331 de 2012, "*Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009*", toda IPS/ESE en la que se encuentre un afiliado de Savia Salud EPS que vaya a quedar hospitalizado deberá ser reportado diariamente a través de censo hospitalario al correo electrónico censohospitalario@saviasaludeps.com y contener como mínimo las siguientes variables: número de IDENTIFICACIÓN, NOMBRE DEL PACIENTE, EDAD, CAMA, FECHA INGRESO, DÍAS DE ESTANCIA, DIAGNOSTICO, ESPECIALIDAD, VALOR FACTURADO.

6.1.5. Solicitud de referencia.

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

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	10 de 33

Para la solicitud de referencia a un nivel de atención superior, la IPS/ESE remitente deberá establecer comunicación con el Centro de SAVIA SALUD EPS en la línea telefónica 018000423683 Opción 2 que opera las 24 horas al día los 365 días al año. Una vez el Centro Regulador de la EPS reciba la solicitud de referencia conforme la normatividad vigente en el Anexo Técnico N°9 y previa validación de los derechos del afiliado, se procederá con la revisión de la información médica y se iniciará el proceso de referencia de acuerdo con el direccionamiento para el nivel de atención y la especialidad requerida.

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

6.1.6. Solicitud de contrarreferencia.

La contrarreferencia del afiliado se configura conforme lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, considerando especialmente aquellos casos en los que el médico especialista tratante considera que la terminación del manejo clínico puede darse en una entidad de menor nivel de atención bajo la supervisión del médico general pero en cumplimiento del plan de tratamiento establecido por el especialista. La gestión de la contrarreferencia inicia con la orden del médico tratante diligenciado en el Anexo Técnico N° 10 o subsidiariamente en el documento dispuesto para ello por la institución.

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

6.1.7. Solicitud de autorización de Servicios Electivos.

6.1.7.1. Solicitud de autorizaciones prioritaria y no prioritaria de tecnologías en salud del plan obligatorio.

Para la solicitud de autorización de la tecnología en salud no contratada por la modalidad de capitación con la IPS/ESE solicitante y siempre y cuando se trate de un servicio clasificado como de mediana y/o alta complejidad, el médico solicitante deberá diligenciar el formato Anexo Técnico N°3 y la IPS/ESE deberá enviarlo a SAVIA SALUD EPS conforme el mecanismo acordado en cuanto a plazos y tipo de información

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	11 de 33

a enviar (física, medio digital, otros), ajustándose en todo momento a lo definido en la Resolución 3047 de 2008 y 4331 de 2012.

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

Para los servicios no capitados de segundo nivel se requiere autorización previa, salvo que en el contrato se especifique lo contrario.

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

Si el afiliado manifiesta su deseo de tramitar la respectiva autorización de servicios, la IPS/ESE deberá orientarlo para que allegue el Anexo Técnico N° 3 a la oficina de atención al afiliado de la SAVIA SALUD EPS en el Municipio de residencia del afiliado.

En consecuencia, y con fin de garantizar una adecuada integración de la red prestadora y minimizar la fragmentación de los servicios de salud, se ha definido un direccionamiento en la prestación de estos con enfoque de regionalización, de tal manera que sean más accesibles, eficientes y satisfagan de mejor manera las expectativas de los afiliados. En este orden de ideas, la regulación de pacientes desde los municipios donde opera SAVIA SALUD EPS, considerará como primera opción los hospitales regionales de la red pública de acuerdo con la georreferenciación y acorde con la configuración geográfica y de vías de acceso en el territorio antioqueño y los departamentos circunvecinos.

En el proceso de hospitalizaciones por evento en las ESE/IPS de segundo y tercer nivel, Savia Salud EPS definió que para los servicios de: cirugías bajo anestesia general, procedimientos de radiología intervencionistas, Resonancia Nuclear Magnética y Tomografías de alta resolución, las IPS/ESE deben solicitar aval para proceder. El procedimiento que debe implementar la IPS/ESE es el siguiente: solicitar vía correo electrónico el aval de los servicios descritos arriba al Auditor de calidad y concurrente de Savia Salud EPS designado para la institución y en los horarios no hábiles, fines de semana y festivo la IPS/ESE deberá solicitar al Centro Regulador de Savia Salud al correo electrónico: pertinenciasips@saviaregulador.com

La solicitud será revisada en el contexto clínico y administrativo para su aval; la respuesta se dará por la misma vía con una oportunidad inferior a 2 horas por Auditoría de calidad y concurrente o por el Centro Regulador de Savia. Se excluyen los procedimientos de tipo urgente que afectan gravemente la condición y evolución clínica del paciente; este aval debe de ser anexado a la factura que será enviada a cuentas médicas.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	12 de 33

VALLE DE ABURRÁ:

ESE Hospital Manuel Uribe Ángel (Sur del Valle de Aburrá): Es referencia de los municipio de: Envigado, Itagüí, Sabaneta, y La Estrella.

ESE Hospital Metrosalud (centro del Valle de Aburra) es referencia del municipio de: Medellín.

ESE Hospital Marco Fidel Suarez (Norte del Valle de Aburra) es referencia de los municipios de: Bello, Copacabana, Girardota, Barbosa.

BAJO CAUCA:

ESE Hospital César Uribe Piedrahíta de Caucasia
Clínica pajonal de Caucasia

Son referencia de los municipios: Cáceres, El Bagre, Nechí, Tarazá, Zaragoza.

MAGDALENA MEDIO

Cesar Uribe Piedrahita de Puerto Berrío es referencia de los municipios:

Caracolí, Maceo, Puerto Nare, Puerto Triunfo, Yondó.

NORDESTE

ESE Hospital San Rafael de Yolombó es referencia de los municipios:

Amalfi, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí, Yalí.

NORTE

ESE Hospital San Juan de Dios Yarumal es referencia de los municipios:

Angostura, Belmira, Briceño, Campamento, Carolina, Don Matías, Entrerríos, Gómez Plata, Guadalupe, Ituango, San Andrés de C., San José de la M., San Pedro de los M., Santa Rosa de O. Toledo, Valdivia.

OCCIDENTE

ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, es referencia de los municipios:

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	13 de 33

Abriaquí, Anzá, Buriticá, Caicedo, Cañasgordas, Dabeiba, Frontino, Giraldo, Liborina, Olaya, Peque, Sabanalarga, San Jerónimo, Sopetrán, y Uramita.

ORIENTE

ESE San Juan de Dios de Rionegro, es referencia de los municipios:

Abejorral, Alejandría, Argelia, Carmen de Viboral, Cocorná, Concepción, El Peñol, El Retiro, El Santuario, Granada, Guarne, Guatapé, La Ceja, La Unión, Marinilla, Nariño, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Rafael, San Vicente, y Sonsón.

SUROESTE

ESE Hospital la Merced Ciudad Bolívar
 ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas
 ESE Hospital San Rafael de Itagüí

Son referencia de los municipios:

Amagá, Andes, Angelópolis, Betania, Betulia, Caramanta, Ciudad Concordia, Fredonia, Hispania, Jardín, Jericó, Montebello, Pueblorrico, Salgar, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Titiribí, Urrao, Valparaíso, Venecia. Armenia, y Heliconia

URABÁ

PROMEDAN Apartadó
 Clínica Panamericana

Son referencia de los municipios:

Arboletes, Carepa, Chigorodó, Murindó, Mutatá, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Turbo, y Vigía del Fuerte.

6.1.7.2. Solicitud de atención para servicios no Incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

El trámite de las solicitudes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se realizará de acuerdo a la normatividad vigente. En cumplimiento de la Ley anti trámite reglamentada mediante el Decreto 0019 de 2012, las solicitudes de tecnologías No PBS, deberán ser gestionadas directamente entre prestador y asegurador.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	14 de 33

Teniendo en cuenta lo anterior se solicita que tanto las solicitudes ambulatorias como hospitalarias sean enviadas a la EAPB directamente por la IPS/ESE, cumpliendo con la normatividad vigente y empleando los canales establecidos, según el régimen en el que se encuentre el afiliado, la información de referencia aplica tanto para las solicitudes ambulatorias como hospitalarias.

- Régimen subsidiado: Portal Web Savia Salud EPS, siguiendo la siguiente ruta:
 Ingrese a <http://www.saviasaludeps.com> /otros públicos / prestadores / tecnologías en salud
 Estas solicitudes se deben ajustar a los requisitos establecidos según la Resolución 5395 de 2013, hasta que entre en vigor la Resolución 2438 de 2018 el próximo 1 de abril de 2019.
 Cualquier duda e inquietud será atendida a través del correo CTC: administrativonopos@saviasaludeps.com
- Régimen Contributivo. Aplicativo MIPRES
 Estas solicitudes deben contener la información completa de la justificación médica que indica la utilización de dicha tecnología, con base en los criterios definidos en la Resolución 1885 de 2018.
 Cualquier duda e inquietud será atendida a través del correo tramitemipres@saviasaludeps.com o en el teléfono 4601674 ext. 309.

Tramite Afiliados del Régimen Subsidiado:

Los afiliados del régimen subsidiado al momento de ordenar la tecnología No PBS deben seguir el proceso establecido en la Resolución 5395 de 2013, hasta que el Ente Territorial o el Ministerio de Salud definan adoptar la prescripción en la plataforma MIPRES, entre tanto la IPS/ESE debe enviar los siguientes soportes en PDF legibles (Formato de justificación No PBS, historia Clínica, orden o formula médica), Ingresar al portal web de SAVIA SALUD /otros públicos / prestadores / tecnologías en salud y completar los tres pasos para radicar la solicitud.

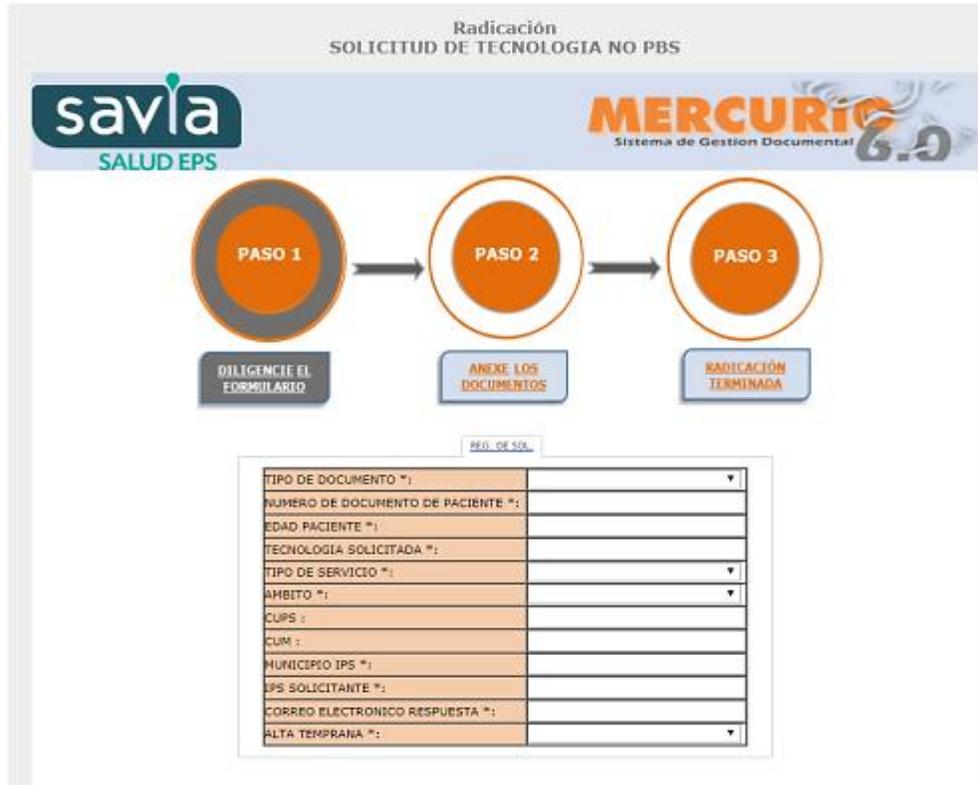
Para diligenciar la solicitud tenga en cuenta las siguientes recomendaciones técnicas:

1. El navegador recomendado es Google Chrome.
 2. No se pueden registrar caracteres especiales en ningunos de los ítems de registro de información.
 3. El nombre de los anexos no puede contener caracteres especiales y tampoco puede ser muy largo.
- **Diligencie el Formulario**

La mayor claridad permanece en esta actividad ya que en ella, es donde se diligencia la información correspondiente al afiliado, tecnología No PBS requerida, información del solicitante y registro de alta

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	15 de 33

temprana (si o no).



- **TIPO DE DOCUMENTO:** se despliega lista con las opciones de documento a diligenciar.
- **NÚMERO DE DOCUMENTO DEL PACIENTE:** se ingresa el número de documento sin utilizar caracteres especiales
- **EDAD DEL PACIENTE:** Se registra la edad del paciente en años cumplidos; si la edad es en meses o días se registra el número de meses o días aclarando la unidad de medida ejemplo: 8 meses
- **TECNOLOGÍA SOLICITADA:** en este campo se debe diligenciar el nombre de la tecnología requerida por el paciente y no el tipo del servicio, es de suma importancia identificar que la tecnología corresponde al nombre del medicamento, nombre del procedimiento, nombre del dispositivo, nombre del producto nutricional, nombre o descripción del servicio específico y el nombre o la descripción del servicio no financiado con recursos de salud. Ejemplo: HIDROXICLOROQUINA SULFATO 200 MG TABLETA (corresponde al nombre del medicamento y es el dato que se debe registrar en este campo), MANOMETRIA ESOFAGICA SOD (procedimiento), PINZA PARA BOLSA DE COLOSTOMIA (Dispositivo), PAÑAL ETAPA 4 (servicio

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	16 de 33

no financiado), CREMA ANTIPAÑALITIS 50 G N4 (servicio específico no pos) y AMINOÁCIDOS ESENCIALES LIQUIDO LATA X 237 ML ENSURE PLUS HN (producto nutricional).

- **TIPO DE SERVICIO:** en este campo se despliega lista con los tipos de servicio de acuerdo con la normatividad actual (Resolución 1486 de 2018).
- **ÁMBITO:** en este campo se despliega lista con los tipos de servicio de acuerdo con la normatividad actual (Resolución 1486 de 2018).
- **CUPS:** es un campo opcional, si la tecnología solicitada es un procedimiento y en los soportes está el CUPS se registra, si no se continua con el proceso de radicado. (Resolución 5851 de 2018).
- **CUM:** campo con las mismas características del campo de CUPS.
- **MUNICIPIO IPS/ESE:** mucha atención, en este campo se va a diligenciar el municipio donde se encuentra ubicada geográficamente la IPS/ESE solicitante de la TECNOLOGÍA NO PBS ejemplo: Si la IPS/ESE solicitante es METROSALUD, se debe registrar el municipio de Medellín, ya que la ubicación geográfica de este prestador es en Medellín.
- **IPS/ESE SOLICITANTE:** Nombre de la IPS/ESE tal como aparece relacionada en el registro único de prestadores.
- **CORREO ELECTRÓNICO RESPUESTA:** en este campo se ingresará el correo electrónico del gestor o remitente de la solicitud de la TECNOLOGÍA NO PBS. Es importante que se registre el correo electrónico y no un punto o una coma o un carácter especial.
- **ALTA TEMPRANA:** se registra si es o no una alta temprana.

En este paso se debe diligenciar en el campo de descripción, un breve resumen de lo requerido por el afiliado y en el campo de código de seguridad, diligenciar el código que se encuentra en el recuadro de color gris, luego en continuar.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	17 de 33

ATENCIÓN: Haga clic en el botón Continuar para validar la información ingresada, seguidamente usted podrá ampliar su solicitud y anexar documentos.

Descripción*:

0 caracteres (2000 max)

Nota: Por favor ingresar las letras sin espacios y diferenciando entre mayúsculas y minúsculas



Ingrese el código de seguridad de la imagen:

ATENCIÓN: Haga clic en el botón Continuar para validar la información ingresada, seguidamente usted podrá ampliar su solicitud y anexar documentos.

- **Anexe los documentos**

En este paso se deben adjuntar los archivos correspondientes a los soportes de la solicitud de la TECNOLOGÍA NO PBS.




(Si no existen documentos obligatorios puedes dar clic en Continuar).

Para adjuntar los documentos, puedes dar clic en el botón Examinar.

Los documentos marcados con (*) son obligatorios.

ANEXOS CONEXOS AL TRAMITE *	Seleccionar archivo	No se eligió archivo
ANEXOS CONEXOS AL TRAMITE	Seleccionar archivo	No se eligió archivo
ANEXOS CONEXOS AL TRAMITE	Seleccionar archivo	No se eligió archivo

Después de escaneados los soportes a la solicitud, se da clic en continuar.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	18 de 33

Nota: Es importante recordar que los campos del paso 1 que tengan el asterisco "*" son obligatorios, los soportes pueden venir en formato PDF y no hay límite al tamaño del archivo.

Se recomienda entonces al momento de cargar el archivo adjunto, además de tener cuidado con el nombre (caracteres especiales o nombre demasiado largo), que los anexos no superen más de 25 megas, aunque el sistema no tiene restricción en el tamaño, se sugiere este tope para garantizar el cargue exitoso de los anexos con el radicado correspondiente; en caso de que al archivo supere los 25 megas, se recomienda entonces comprimir el archivo.

- **Número del radicado**

El sistema generará un consecutivo, el cual será el **número del radicado** con el cual el afiliado y la entidad que ejercerá una gestión sobre el trámite podrán reconocerlo. En este momento el proceso de radicación del trámite habrá finalizado.



Posterior a la solicitud de la Tecnología NO PBS, se podrá realizar seguimiento por medio del radicado de la solicitud.

Las respuestas a las solicitudes se realizarán en los tiempos establecidos por la normatividad actual, en los casos donde no se cuente con el acta, favor notificar al correo administrativonopos@saviasaludeps.com indicando el número de radicado de la solicitud.

Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en salud No PBS, el comité técnico científico seguirá el procedimiento definido en la Resolución 5395 de 2013.

La facturación de las tecnologías se realizará de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1479 de 2015.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	19 de 33

En caso de que el Ente Territorial Departamental defina que adoptara lo referido en la Resolución 5871 de 2018, se iniciaría el trámite por la plataforma MIPRES para los afiliados al régimen subsidiado.

Tramite Afiliados del Régimen Contributivo:

La prescripción de las tecnologías No PBS se realiza directamente en la plataforma MIPRES, por lo tanto, cada IPS/ESE debe inscribirse en MIPRES, validar que sus profesionales estén registrados como profesionales en Mipres de acuerdo al rol que vayan a ejercer en la institución (prescriptor para médicos, odontólogos y optómetras u ordenador para el caso de los profesionales en nutrición) y posteriormente activar a sus profesionales en salud para así poder realizar las prescripciones de las tecnologías No PBS mediante la plataforma.

Así mismo deben enviar los datos de contacto del delegado de la IPS/ESE (Nombre y apellidos completos, cargo, correo electrónico y número telefónico de contacto), el nombre de la IPS/ESE, el NIT y el código de habilitación, todos los datos los envían al correo tramitemipres@saviasaludeps.com.

En caso de requerirse el diligenciamiento del formato de contingencia, por cualquiera de las siguientes causas (dificultades técnicas, ausencia de servicio eléctrico, falta de conectividad, inconsistencias de afiliación o identificación) debe ser enviado el formato completamente diligenciado dentro de las (72) horas siguientes al correo tramitemipres@saviasaludeps.com con el siguiente asunto Contingencia MIPRES. N° doc. Afiliado. Tipo de tecnología. Nombre de la tecnología.

Las actas de las juntas de profesionales deben ser enviadas al correo tramitemipres@saviasaludeps.com.

Si la prescripción se genera como ambulatoria priorizada, urgencias o en internación institucional o domiciliaria, la IPS deberá registrar la evaluación de la junta de profesionales en la plataforma MIPRES y a su vez hacer el envío del acta con la decisión de la junta y el consentimiento informado para los medicamentos UNIRS, en un término no mayor a setenta y dos (72) horas siguientes a la solicitud del profesional de la salud y si la prescripción se genera como ambulatoria no priorizada, deberá pronunciarse dentro de los cinco (5) días calendario siguiente a la solicitud del profesional de salud. Con el siguiente asunto: Junta de profesionales MIPRES. N° doc. Afiliado. Tipo de tecnología. Nombre de la tecnología.

La IPS/ESE debe cumplir con los requerimientos establecidos en la Resolución 1885 de 2018 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Según la normatividad en cumplimiento al Decreto 0780 de 2016, es obligatorio reportar los medicamentos en denominación común internacional.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	20 de 33

6.1.8. Reporte de Eventos de interés de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia:

El reporte de los eventos de interés de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, se deberá realizar a través del correo electrónico de los programas de la EPS fv.tv@saviasaludeps.com adjuntando los formatos de reporte definidos por Savia Salud EPS, por el Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y los análisis realizados por el Comité de farmacovigilancia y tecnovigilancia o quien haga sus veces en la institución. En caso de ser necesario se le solicitará a la institución información clínica adicional con el objetivo de hallar las posibles causas del evento y realizar intervenciones en pro de la seguridad de los afiliados de Savia Salud EPS.

Para garantizar la correcta articulación entre los programas, las instituciones prestadoras de servicios de salud o empresas sociales del estado deberán notificar el nombre y datos del contacto del responsable institucional de dichos programas al correo institucional de los programas: fv.tv@saviasaludeps.com

6.2. Facturación y pagos a la red de prestadores

6.2.1. Consideraciones Generales.

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

- La IPS/ESE debe presentar factura individual diferenciando según el régimen de afiliación: Subsidiado o Contributivo, acorde con la forma de pago pactada.
- Orden física para servicios ambulatorios y código de notificación por la atención inicial de urgencia y autorización para las atenciones subsiguientes.
- Factura individual por atenciones de afiliado por evento: con las variables exigidas por la DIAN. Se enfatiza que se debe respetar la numeración consecutiva asignada por la DIAN.
- Los servicios No PBS por CTC y tutelas deben facturarse acorde con la Resolución 1479 de 2015 y las circulares emanadas por el ente territorial departamental. Para los cobros directos de servicios NO PBS que realizan las IPS/ESE al ente territorial departamental debe diligenciar el MYT 1.
- Toda factura debe contener el comprobante de recibido del afiliado (firma y/o fotocopia de cédula del paciente o acudiente, o en su defecto la huella digital) como constancia de la prestación del servicio, según lo establecido por la Resolución 3047 de 2008.
- La factura debe venir elaborada por la entidad beneficiaria de la autorización expedida por SAVIA SALUD EPS (que disponga de contrato vigente), conforme a los procedimientos efectivamente autorizados y realizados y facturar de acuerdo con las tarifas contratadas, que se encuentre vigente al momento de la prestación del servicio.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	21 de 33

- Presentar factura en original y dos copias, una de las cuales se devolverá al proveedor con sello de radicado.

La facturación de las actividades de promoción-prevención y odontología deberá efectuarse en forma separada y no podrá exceder un número máximo de 100 afiliados en cada factura (multiafiliados), de tal forma que se facilite el proceso de carga de los RIPS/ESE y auditoría de la cuenta.

Para la facturación de los servicios contratos por modalidad de pago por presupuesto global prospectivo “PGP”, la IPS/ESE deberá presentar factura o documento equivalente en forma separada (régimen subsidiado y/o afiliados en condición de movilidad “contributivo”) detallando para cada factura el subtotal a cobrar por municipio residencia del afiliado objeto del PGP. El documento de cobro deberá ser entregado por la IPS/ESE en los primeros diez (10) días calendario del mes que se factura, con los soportes establecidos contractualmente.

Para el respectivo AJUSTE del mes facturado por la modalidad de pago por PGP, la IPS/ESE deberá entregar en los primeros diez (10) días calendario del mes siguiente la respectiva factura y/o nota crédito de ajuste, en forma separada (régimen subsidiado y/o afiliados en condición de movilidad “contributivo”) detallando para cada factura y/o nota crédito el subtotal a cobrar y/o descontar por municipio residencia del afiliado objeto del PGP.

Para la facturación de servicios derivados de accidente de tránsito, luego de superado el tope de cobertura por el SOAT, se deberá anexar la relación de cargos facturados a la aseguradora respectiva, además de la autorización emitida por Savia Salud EPS.

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

De acuerdo con las políticas de SAVIA SALUD EPS en el tema de cartera, la IPS/ESE se compromete a presentar en forma semestral, un estado de cuenta correspondiente a facturas pendientes en su cartera y radicadas ante SAVIA SALUD EPS, con el fin de corregir las inconsistencias que se puedan presentar al respecto y evitar la acumulación de cuentas de cobro y/o facturas. Lo anterior, con el fin de realizar semestralmente un cruce definitivo de cuentas.

Se debe adjuntar al momento de la presentación de cada una de las facturas, la constancia o comprobante de validación de los RIPS/ESE en la página web que SAVIA SALUD EPS ha dispuesto para ello. Previa presentación de las facturas en la plataforma web de Savia Salud EPS, para lo cual debe con anticipación solicitar al correo ripsweb@saviasaludeps.com de la mesa de ayuda básica de cuentas médicas, la creación de la entidad en el sistema Integr@ disponer de la URL y usuario de acceso correspondiente, enviando los siguientes documentos: certificado bancario, CC del representante legal, cámara de comercio y/o certificado de constitución y/o acta de posesión del gerente, certificado de habilitación de los servicios

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	22 de 33

del portafolio ofertado, resolución de la DIAN para los obligados y para las ESES el acuerdo de junta directiva ambos con la autorización de la numeración de facturación.

Los teléfonos de la mesa de ayuda básica de cuentas médicas para la asistencia técnica y la capacitación para la habilitación en la plataforma web son fijo: 416 – 17 – 26 y celulares 314 – 586 – 64 – 41 y 314 – 586 – 52 - 19

6.2.2. Aspectos legales que deben contener la factura o documento equivalente.

Estar expresamente denominada como factura de venta o como factura cambiaría de compraventa.

Llevar Apellidos y Nombres o Razón Social y NIT de quien vende o presta el servicio.

Llevar Apellidos y Nombres o Razón Social del adquiriente de los bienes o servicios. En este caso ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S. NIT 900.604.350 - 0.

Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de ventas.

Incluir fecha de expedición.

Llevar una descripción específica de los Artículos vendidos y/o de los servicios prestados.

Llevar el valor total de la operación.

Nombre o Razón Social y NIT del impresor de la factura.

Indicar la calidad de retenedor de Impuesto sobre las Ventas, Retención en la Fuente e I.C.A.

Hacer discriminación del IVA, cuando quien vende pertenece al régimen COMÚN.

Indicar la fecha, el rango y número de la Resolución de Autorización de numeración de las facturas expedidas por la DIAN, donde deberá estar contenido el número de la factura a presentar.

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

Todo proveedor nuevo debe presentar; copia del RUT, Cámara de Comercio, certificación de cuenta bancaria y copia de la cédula del representante legal actualizados, ante el área de Acceso a servicios de salud de SAVIA SALUD EPS, para poder iniciar radicación de facturación.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	23 de 33

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

6.2.3. Radicación de factura.

La radicación de la facturación deberá efectuarse considerando:

- Para los servicios incluidos en los programas especiales, PGP, facturas de pago de servicios en modalidad de anticipo y servicios No PBS facturados al Departamento de Antioquia: Ed. Business Plaza Calle 44^a 55-44 Piso 13, Tel: (4) 4601674. Medellín – Antioquia.
- Para los restantes servicios que no hacen parte de programas especiales y PGP: Carrera 80^a N 32 EE 75, Medellín – Antioquia

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

La facturación será recibida de lunes a viernes en el horario comprendido entre las 7:30 a.m. y las 2:30 p.m. y su plazo máximo de entrega será hasta el último día hábil de cada mes.

6.2.4. Flujo de los recursos y trámite de las facturas. (Tesorería)

Para el pago de las facturas, SAVIA SALUD EPS, se ajustará en primera instancia a las condiciones y los términos convenidos en el acuerdo de voluntades (contrato) o en su defecto a lo establecido en la normatividad vigente que regula la materia, entre ellas la Ley 1122 del 9 de enero de 2007, el Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo regulan o aquellas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

En términos generales SAVIA SALUD EPS pagará los servicios de salud contratados por modalidad de servicios “evento” o paquete integral de atención, en el transcurso de los primeros sesenta (60) días después de recibida la factura (previo trámite de auditoría de la cuenta).

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

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	24 de 33

6.2.5. Glosas y Devoluciones.

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

Las facturas que presenten situaciones tales como, tarifas superiores a las convenidas, falta de soportes, inconsistencias en los RIPS/ESE, falta de autorización, falta de pertinencia y racionalidad técnico-científica, entre otros, así como aquellas facturas o documentos equivalentes sujetas a devolución, se procederá conforme lo establecido en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La información la recibirá a través del correo electrónico glosas.devoluciones@saviasaludeps.com o por otro medio a solicitud de la entidad. A través de este mismo correo electrónico la entidad podrá remitir su respuesta a la Aseguradora.

El físico de la factura le será enviado a través de correo certificado para el ajuste de la observación realizada en la gestión de auditoría para la nueva radicación de esta.

Situaciones de interés pueden ser comentadas a través del correo ripsweb@saviasaludeps.com de la mesa de ayuda básica de cuentas médicas.

En cuanto a la glosa de la factura, está será notificada en el pago de esta y se enviarán por correo electrónico al e-mail definido por la IPS/ESE para estos efectos y/o por correo certificado. Luego de su análisis en el tiempo convenido y en el caso de tener algún reclamo, se deberá tramitar la respectiva solicitud debidamente argumentada, y de tener razón SAVIA SALUD EPS, la IPS/ESE debe descargar la cartera con la debida nota crédito. La información la recibirá a través del correo electrónico glosas.devoluciones@saviasaludeps.com, o por otro medio a solicitud de la entidad. A través de este mismo correo electrónico la entidad podrá remitir su respuesta a la Aseguradora

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

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

6.2.6. Recaudo de copagos y cuotas moderadoras (contratación)

Teniendo en cuenta que la responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de SAVIA SALUD EPS y esta última ha delegado en su red de prestadores la captación de estos recursos

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	25 de 33

mediante acuerdo contractual, es necesario considerar las siguientes orientaciones para garantizar que el recaudo de los copagos y cuotas moderadoras se haga en cumplimiento de lo establecido por la normatividad vigente y lo establecido en el acuerdo de voluntades.

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

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

Por principio general cuando se contrate bajo la **modalidad de presupuesto global prospectivo** para tecnologías en salud de segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad, los copagos y/o cuotas moderadoras serán para la EPS, salvo se pacten condiciones en contrario las cuales deberán ser consignadas en el acuerdo de voluntades.

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

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

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

6.2.7. Recobro de servicios contratados por modalidad capitación.

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

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	26 de 33

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

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

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

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

6.3. Información e indicadores de obligatorio reporte por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud e indicadores de seguimiento.

En lo referente a la información e indicadores de obligatorio reporte por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman la red de prestadores para la vigencia del contrato y que se constituye entre otros fines como insumo para comparar la calidad esperada versus la calidad observada, de manera que se puedan iniciar acciones de mejora que redunden en beneficios y satisfacción para nuestros afiliados, la IPS/ESE deberá aportar como mínimo los siguientes informes y adicionalmente aquellos que contractualmente se acuerden por voluntad entre la EPS y la IPS/ESE, o los que normativamente defina los Entes reguladores correspondientes, así:

6.3.1. Registro individual de prestación de servicios de salud “RIPS/ESE”

SAVIA SALUD EPS como entidad responsable de pago y en cumplimiento de lo normado en la Resolución 3374 de 2000, “Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	27 de 33

prestados”, ha actualizado el Sistema de Información y por lo tanto notifica a los Prestadores de servicios de Salud las validaciones de RIPS/ESE, que en cumplimiento de la norma se aplicarán, tanto al momento de la radicación como en el procesamiento de la facturación.

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

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

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

A continuación, se describen los requerimientos sobre los RIPS/ESE y en aplicación de lo establecido en los Artículos séptimo y noveno de la Resolución 3047 de 2000:

Igualdad con la factura física a cargo de Savia Salud EPS, es decir que la sumatoria de los registros es igual al 100% del valor bruto de la factura, salvo cuando la modalidad de los servicios contratados corresponda a la modalidad de capitación.

Veracidad con las fechas de atención al afiliado y de expedición de la factura, es decir en la tabla AF de los RIPS/ESE debe consignarse la fecha de expedición de la factura, seguida de la fecha de inicio de la atención o ingreso del paciente a la prestación y la respectiva fecha de finalización de la prestación de los servicios de salud o egreso de la prestación del servicio de salud.

Coherencia en cumplimiento normativo códigos CUPS para los procedimientos actividades e intervenciones en salud, códigos CIE-10 para la identificación de morbimortalidad y Códigos CUM para los medicamentos.

La IPS/ESE deberá Validar que los códigos CIE 10 correspondan con la historia clínica del paciente, siendo específicos de la descripción del profesional que desarrolla la atención en salud.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	28 de 33

Soportes de las facturas de prestación de servicios, según lo estipulado en el Artículo 12 de la Resolución 3047 de 2008 que establece como máximo los definidos en el Anexo Técnico N° 5 de la misma Resolución y adicionado por la Resolución 4331 de 2012 que estableció que cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos -CUM- emitido por el INVIMA.

Para los casos donde el modelo de contratación sea la modalidad de capitación los RIPS/ESE de cada mes deben contener un número único de factura que está relacionado al mes del giro y todos los servicios deberán estar valorados a la tarifa contratada en modalidad pago por servicio.

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

LISTA DE CHEQUEO DE CALIDAD EN LA ESTRUCTURA Y CONFORMACIÓN DE LOS ARCHIVOS RIPS/ESE
Los números de las remisiones son seis (6) dígitos únicos e irrepetibles, por cada IPS/ESE
El número de la remisión es igual para todas las tablas que conforman la remisión RIPS/ESE reportada
Se conforman remisiones RIPS/ESE por facturas de una misma línea de pago (tutelas o desplazados)
Las remisiones RIPS/ESE son por cada código de habilitación, es decir por cada sede de prestación de servicios
El código de habilitación lo conforman 12 dígitos; de los cuales los 2 primeros dígitos son departamento, los 3 siguientes municipio, y los 5 siguientes son el código de la Institución y los dos (2) últimos son la sede que reporta
El almacenamiento de los RIPS/ESE se debe hacer por: vigencia, periodo y línea de pago. No debe de sobre-encarpetarse
Los nombres de las carpetas que contienen las remisiones RIPS/ESE deben ser cortos, sin tildes, comillas, eñes (ñ), u otros signos
El nombre de la carpeta que contiene la remisión RIPS/ESE reportados no puede ser igual al número determinado para la remisión RIPS/ESE
Los datos de los archivos texto de los RIPS/ESE, no contiene ni tildes, ni comillas, ni eñes u otros caracteres especiales ya que truncan la importación
El periodo de la prestación de servicios lo determina la fecha de finalización de la prestación de los servicios de salud (Egreso del paciente)
Los afiliados pueden tener varias facturas en un mismo periodo en una misma línea de pago; sin embargo, en el archivo US de los RIPS/ESE, sólo se relaciona una sola vez
Para el reporte de valores en todas las tablas no pueden contener signos negativo o valores decimales separados por comas, el separador para decimales es el punto (.)

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	29 de 33

6.3.2. Reporte de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

La notificación de las actividades de promoción y prevención por parte de la institución prestadora de Servicios, será efectuado por medio del aplicativo dispuesto para ello por parte de SAVIA SALUD EPS. Para que el prestador de la tecnología en salud pueda acceder deberá disponer previamente de afiliado y contraseña la cual puede ser gestionada con la mesa de ayuda de la EPS en la dirección electrónica mesadeayuda@saviasaludeps.com.

Información adicional que se requiera sobre el reporte podrá ser solicitada directamente al área de Gestión del Riesgo de SAVIA SALUD EPS, o a través del correo gestion4505@saviasaludeps.com.

6.3.3. Indicadores de seguimiento a las IPS/ESE

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

- Indicadores de oportunidad definidos contractualmente para cada actividad, servicio y tecnología.
- indicadores de seguimiento de circular 0256 de 2016 y 012 de 2016 y demás normas que la derogan o modifiquen.
- Para primer nivel se define documento seguimiento al mapa de riesgo.

6.3.4. Auditoria de calidad a la red de prestadores contratada

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

6.3.5. Reporte de información clínica del afiliado

La EPS recibirá información clínica de los afiliados que requiera, sea porque la IPS/ESE asigne un usuario de consulta en su sistema y/o porque determinen un canal directo para hacer la solicitud. Lo anterior para efectos de agilizar un proceso de referencia o contrarreferencia, para realizar labores de auditoría concurrente, para auditar y avalar una cuenta del prestador, entre otros, siempre y cuando se conserven

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	30 de 33

los principios de confidencialidad del paciente y no se vulneren sus derechos. Y se entiende que su uso es exclusivamente para lo cual fue solicitado.

6.4. Conformación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, RIPS/ESES.

Redes Integrales de prestadores de servicios de salud.

La EPS Savia Salud establece los lineamientos generales para la conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, de conformidad con lo definido en la Resolución 1441 de 2016, tiene por objeto *“establecer los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud-RIPS/ESES, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, determinando su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación...”*.

En este manual se plasman de manera general los lineamientos para iniciar el proceso de conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, con lo que buscamos se posibilite el acceso real y efectivo a los servicios bajo los atributos de calidad como accesibilidad, integralidad y continuidad, oportunidad, resolutivez y equidad, y como consecuencia de lo anterior, resultados de salud

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

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

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	31 de 33

Los prestadores de Servicios de Salud – IPS/ESE para el proceso de conformación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, deberán:

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

9 introducción para integración proyecto SOMOS +

Savia salud por medio de su plataforma estratégica y enmarcada en el mejoramiento continuo de los procesos inicia la ruta de implementación del proyecto SOMOS +

Objetivo: Permitir que SAVIA SALUD EPS a través de su nueva plataforma tecnológica, optimice sus procesos operativos, mejore el control y la gestión de la prestación de servicios de salud a través de información oportuna y veraz, de esta manera brindar un servicio con calidad a sus afiliados, además de reducir costos operativos y médicos.

Beneficios: esta nueva plataforma será capaz de simplificar los procesos, lograr la excelencia operacional y gestionar la atención de los usuarios de manera ágil, práctica e innovadora, además de permitir que los tramites y gestión de las labores diarias sean más fáciles y efectivas

Cambios en los procesos e integraciones.

Con la plataforma SOMOS + se podrá:

- Optimizar los tiempos en la contratación, permitiendo a las IPS/ESE el cargue de portafolios de servios, reporte de nuevas tecnologías y seguimiento de la ejecución presupuestal del contrato
- Mejorar la oportunidad en los trámites de autorización de tecnologías.
- Mejorar los procesos de radicación de RIPS, seguimiento y respuesta a objeciones en menor tiempo.

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	32 de 33

- Comprobar los derechos de los pacientes en línea, incluyendo identificación de condiciones especiales de los afiliados.
- Realizar solicitudes de servicios en línea.
- Tener mayor oportunidad en las autorizaciones a través de la automatización por reglas de negocio.
- Realizar consulta de afiliados de ambos regímenes tanto subsidiado como contributivo en línea.
- Consultar el estado de sus servicios autorizados y/o remisiones.
- Cargar y validar RIPS en línea con retroalimentación de ajustes en los archivos que permita que el proceso de auditoría de la cuenta médica sea más ágil.
- Integrar la cuenta médica con el proceso de facturación electrónica.
- Mejorar la oportunidad en los tiempos de los procesos de conciliación.

7. Definiciones

ATC: Sistema de clasificación de sustancias farmacéuticas para uso humano.

CRUE: Centro Regulador De Urgencias.

CTC: Comité Técnico Científico

CUM: Código Único De Medicamentos.

EPS: Entidad Promotora De Salud.

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

IPS/ESE: Institución Prestadora De Servicios De Salud.

RIPS/ESE: Registro Individual De Prestación De Servicios De Salud.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tecnología en salud: concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

8. Registros

CÓDIGO	NOMBRE
No aplica	No aplica

	Macroproceso: Gestión de Acceso a Servicios de Salud	Proceso: Adquisición de Servicios y Tecnologías en Salud	Código	MA-RS-02
	MANUAL DE RELACIONAMIENTO		Versión	11
			Fecha	11/04/2019
			Página	33 de 33

11. Anexos

No aplica.

12. Referencias

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