

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	1 de 22

TABLA DE CONTENIDIO

1. Proceso	3
2. Subproceso	3
3. Responsable.....	3
4. Introducción	3
5. Justificación y alcance	3
6. Objetivo general.....	4
6.1. Objetivos específicos.....	4
7. Usuarios del manual	4
8. Marco legal	4
9. Marco conceptual	6
10. Contenido del manual	6
10.1. Referencia y contrarreferencia	6
10.1.1. Verificación o validación de derechos	6
10.1.2. Reporte de inconsistencias en los datos de los usuarios o no existencia del usuario en base de datos.....	7
10.1.3. Notificación de la urgencia.....	8
10.1.4. Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.....	8
10.1.5. Solicitud de referencia.....	9
10.1.6. Solicitud de contrarreferencia.....	9
10.1.7. Solicitud de autorización de Servicios Electivos.....	10
10.1.8. Respuesta a solicitud de autorizaciones de servicios electivos.....	11
10.2. Facturación y pagos a la red de prestadores.....	11
10.2.1. Consideraciones Generales.....	11
10.2.2. Aspectos legales que deben contener la factura o documento equivalente.	12
10.2.3. Radicación de factura.....	13
10.2.4. Flujo de los recursos y trámite de las facturas.....	14
10.2.5. Glosas y Devoluciones.....	14
10.2.6. Recaudo de copagos y cuotas moderadoras	15

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	2 de 22

10.2.7.	Recobro de servicios contratados por modalidad de valor monetario fijo y/o variable.....	16
10.3.	Información e indicadores de obligatorio reporte por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud e indicadores de seguimiento.	17
10.3.1.	Registro individual de prestación de servicios de salud “RIPS”	17
10.3.2.	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.	20
10.3.3.	Reporte de las actividades incluidas en el programa de incentivos.....	20
10.3.4.	Indicadores de seguimiento a las IPS	20
11.	Glosario.....	21
12.	Anexos	21
13.	Referencias.....	21
14.	Registros.....	21

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	3 de 22

1. Proceso

Gestión red Prestadora de servicios

2. Subproceso

Planeación de Abastecimiento servicios de salud

3. Responsable

Jefe red y aliados

4. 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 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), 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 MEDELLIN 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.

5. 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

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	4 de 22

consideraciones de índole general como particular de la EPS, conformándose así en fuente de consulta para los usuarios 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 que tiene relación directa e indirecta con los procesos que se desarrollan durante el relacionamiento institucional.

6. Objetivo general

Describir en forma detallada aquellos 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 MEDELLIN ANTIOQUIA EPS E.P.S S.A.S (SAVIA SALUD EPS); de manera tal que contribuya al cumplimiento del rol que debe cumplir la EPS 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.

6.1. Objetivos específicos

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

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

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

7. Usuarios del manual

Los usuarios a los cuales está dirigido el presente manual, son los funcionarios de SAVIA SALUD EPS y de las IPS que participan en forma directa o indirecta en la prestación de la tecnología en salud a los usuarios 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.

8. Marco legal

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

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	5 de 22

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

Circular 056 de 2009: sistema de indicadores de alerta temprana

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.

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

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.

Circular 016 de 2014: exención de copagos y cuotas moderadoras por leyes especiales

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	6 de 22

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 5592 de 2015: por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones

9. Marco conceptual

No aplica.

10. 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, en especial lo que tiene que ver 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 que constituye una relación contractual con SAVIA SALUD EPS.

10.1. Referencia y contrarreferencia

10.1.1. Verificación o validación de derechos

La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica el derecho del usuario 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 usuario, su IPS primaria, la modalidad de pago del usuario para la prestación de los servicios de salud, el tipo de copago 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" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	7 de 22

La ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S, dispone en forma permanente y en tiempo real de un mecanismo verificación de los derechos de afiliados 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 www.saviasaludeps.com, opción “verifique su afiliación” y telefónicamente a través del número 018000 423 683 las 24 horas del día.

Es importante aclarar que en aquellas IPS en las que la contratación incluye la forma de pago valor monetario (VM) persona, recibirán adicionalmente en el transcurso de los 4 primeros días hábiles de cada mes y a la dirección de correo electrónico definida por la IPS 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, la cual se constituye como soporte del giro directo efectuado por la 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 usuario, será el mecanismo electrónico por medio de la página web o la consulta telefónica, tal y como se expresó anteriormente.

Transitoriamente, 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 en el acta de negociación con la IPS.

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

10.1.2. Reporte de inconsistencias en los datos de los usuarios o no existencia del usuario en base de datos.

Si durante la verificación de derechos, la IPS detecta que los datos del usuario 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 usuario manifiesta disponer del efectivo derecho a la prestación del servicio de salud, la IPS deberá diligenciar el anexo técnico 1 de la Resolución 3047 de 2008, adjuntando a este anexo, el documento de identidad del usuario y los soportes que acrediten que el usuario es afiliado a SAVIA SALUD EPS; y enviarlo a las siguientes direcciones electrónicas así:

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	8 de 22

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

mauricio.lopez@saviasaluseps.com
sergio.hurtado@saviasaludeps.com
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

Es importante aclarar que los conflictos que lleguen a presentarse para la conciliación de cuentas por inconsistencia en la base de datos, tendrá como referente inicial los registros de la consulta en línea para el caso del régimen subsidiado y la base de datos enviada semanalmente para lo que tiene que ver población en condición de movilidad.

10.1.3. Notificación de la urgencia.

La IPS, 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 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 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 01 8000 423 683, 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.

10.1.4. 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 usuario 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.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	9 de 22

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 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 usuario.

10.1.5. Solicitud de referencia.

Para la referencia del usuario hospitalizado, la EPS ALIANZA MEDELLIN 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.

Para la solicitud de referencia a un nivel de atención superior, la IPS remitente deberá establecer comunicación con el Centro Regulador UCI - Urgencias 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 usuario, 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 usuario en la IPS receptora, se generará autorización de servicio dejando registro de trazabilidad en la remisión informando a la IPS en la que se encuentra el usuario. 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 usuario.

10.1.6. Solicitud de contrarreferencia.

La contrarreferencia del usuario, se da en los 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

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	10 de 22

Notificaciones@saviasaludeps.com.co 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 primaria a la que está asignado el usuario para la atención básica, la cual brindará los servicios conforme lo acordado contractualmente.

10.1.7. Solicitud de autorización de Servicios Electivos

10.1.7.1. 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 con la IPS solicitante bajo la modalidad de valor monetario (VM) y siempre y cuando se trate de un servicio clasificado como de segundo o tercer nivel de complejidad, el médico solicitante deberá diligenciar el formato anexo técnico N°3 y la IPS deberá enviarlo a SAVIA SALUD EPS conforme el mecanismo acordado en cuanto a plazos y tipo de información 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 atención, 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.

La EPS ALIANZA MEDELLIN 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 donde se prestará el servicio.

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

10.1.7.2. Solicitud de atención para servicios no Incluidos en el POS – Comité Técnico Científico

Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en salud no POS, se seguirá el procedimiento definido en la Resolución 5395 de 2013, y lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 en su capítulo II.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	11 de 22

10.1.8. Respuesta a solicitud de autorizaciones de servicios electivos

La SAVIA SALUD EPS contactará al usuario para darle respuesta a la solicitud de servicios y definición de la institución que se encargará de la atención.

La respuesta a las instituciones que solicitan autorización de servicios, ampliación de historias clínicas, envío del Anexo 4, entre otros, se hará vía correo electrónico o vía fax en los términos establecidos por la normatividad vigente para cada caso, al mismo número o E: mail que remite la solicitud.

10.2. Facturación y pagos a la red de prestadores

10.2.1. Consideraciones Generales.

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

La IPS debe presentar factura individual de acuerdo a la forma de pago pactada.

Orden física para servicios ambulatorios y código de notificación -autorización por la atención de urgencia u hospitalaria.

Factura individual por atenciones de usuario por evento: con el nombre del usuario, fecha y servicio prestado, identificación y valor neto detallado de los servicios.

Los servicios no POS por CTC y tutelas y aquellos servicios objeto de recobro para las causales que contempla la SSSA, deben facturarse en forma separada por cada evento.

Los servicios no POS por CTC y Tutelas que se facturen directamente al ente territorial departamental en cumplimiento de la resolución 1479 de 2015, debe hacerse descontando el valor del sustituto y se debe diligenciar los MYT 1 MYT 2 por las IPS. Esta facturación debe ser entregada al Operador que ha designado Savia Salud.

Toda factura debe contener la firma y cédula del paciente o acudiente, o en su defecto la huella digital como constancia de la prestación del servicio.

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.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	12 de 22

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

Para la facturación de servicios derivados de accidente de tránsito, luego de superado el tope de cobertura por el S.O.A.T., además de dar cumplimiento a lo definido precedentemente, se deberá anexar la relación de cargos facturados a la aseguradora respectiva.

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

De acuerdo a las políticas de la SAVIA SALUD EPS en el tema de cartera, la IPS se compromete a presentar en forma semestral, un estado de cuenta correspondiente a facturas pendientes en su cartera y radicadas ante la 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, el archivo en medio magnético según las normas legales vigente, los R.I.P.S. (Registro Individual de Prestación de Servicios), de acuerdo con las características establecidas por la resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000, del Ministerio de Salud y la Protección Social.

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

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

Estar expresamente denominada como factura de venta o como factura cambiaria 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 adquirente de los bienes o servicios. En este caso ALIANZA MEDELLIN 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.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	13 de 22

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 expedida 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 Red de Servicios de la SAVIA SALUD EPS., para poder iniciar radicación de facturación.

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

10.2.3. Radicación de factura.

La radicación de la facturación deberá efectuarse en los operadores que SAVIA SALUD EPS dispone para tal fin, acorde a la distribución notificada previamente a la IPS así:

AUDESALUD: Calle 36 N 63 B 31, barrio Conquistadores, teléfono 5897649

VCO: Carrera 80ª N 32 EE 75, teléfono 4129518.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	14 de 22

No obstante, al momento de formalizarse la relación contractual se hará claridad sobre el proveedor donde el cual la IPS deberá radicar las facturas.

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 día 22 de cada mes. En el evento de recepción de una factura posterior a esta fecha, está será radicada y contabiliza en el mes siguiente.

10.2.4. Flujo de los recursos y trámite de las facturas.

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 auditoria de la cuenta).

En todo caso y con base en el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, la IPS se obliga a presentar a la EPS la factura por las atenciones efectivamente prestadas a los usuarios 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).

10.2.5. 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, 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.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	15 de 22

En cuanto a la glosa de la factura, esta será notificada en el pago de la misma y se enviarán por correo electrónico al e-mail definido por la IPS 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 debe descargar la cartera con la debida nota crédito.

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 acuerdo alguno se procederá según lo establecido en el artículo 23 de Decreto 4747 de 2007 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

10.2.6. Recaudo de copagos y cuotas moderadoras

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 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 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 valor monetario persona mes y/o presupuesto global prospectivo, los copagos y/o cuotas moderadoras serán para la IPS. 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 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 toques establecidos por el Ministerio de Protección Social para cada año, los cuales pueden ser consultados en el portal SAVIA SALUD EPS.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	16 de 22

10.2.7. Recobro de servicios contratados por modalidad de valor monetario fijo y/o variable.

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 valor monetario fijo y/o variable que no sea prestado por la IPS 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 y/o el programa de incentivos, crea para SAVIA SALUD EPS la obligación y el derecho de pedir el restablecimiento de lo pagado.

Ahora bien, lo anterior no excusa a la IPS 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.

En consecuencia con lo anterior, SAVIA SALUD EPS mediante comunicación escrita, 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 solicitó o no información complementaria, se llevará a cabo la reunión donde las partes discutirán 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 sesenta (60) días siguientes 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 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 la nota débito 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.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	17 de 22

10.3. 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 usuarios, la IPS deberá aportar como mínimo los siguientes informes y adicionalmente aquellos que contractualmente se acuerden por voluntad entre la EPS y la IPS, o los que normativamente defina los Entes reguladores correspondientes, así:

10.3.1. Registro individual de prestación de servicios de salud “RIPS”

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 prestados”, ha actualizado el Sistema de Información y por lo tanto notifica a los Prestadores de servicios de Salud las validaciones de RIPS, 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), 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. En esta Resolución también se establece que los RIPS en medio magnético, deberán presentarse conjuntamente con las facturas de venta y con los soportes establecidos en la norma. 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.

Dichos datos básicos se refieren a la transacción, al servicio de salud y a los valores facturados, los cuales deben estar contenidos en medio magnético, con la estructura y características que especifican en el Anexo Técnico de la Resolución 3374 de 2000.

Sin excepción todos los RIPS deberán contener en lo menos 4 archivos planos, a saber: archivo CT o Control, archivo AF o Factura, archivo US o Usuario y mínimo

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	18 de 22

una de los archivo 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 usuarios.

A continuación se describen los requerimientos sobre los RIPS 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 valor monetario (VM).

Veracidad con las fechas de atención al usuario y de expedición de la factura, es decir en la tabla AF de los RIPS 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 CUMS para los medicamentos.

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, con la siguiente estructura: Expediente-Consecutivo-ATC”.

Para los casos donde el modelo de contratación sea el valor monetario (VM) “capitación” los RIPS de cada mes deben contener un número único de factura que está relacionado al mes del giro y todos los servicios deberán estar valorados. De la estructura y conformación de los archivos RIPS se verifican los siguientes ítems:

LISTA DE CHEQUEO DE CALIDAD EN LA ESTRUCTURA Y CONFORMACIÓN DE LOS ARCHIVOS RIPS
Los números de las remisiones son seis (6) dígitos únicos e irrepetibles, por cada IPS
El número de la remisión es igual para todas las tablas que conforman la remisión RIPS reportada
Se conforman remisiones RIPS por facturas de una misma línea de pago (vinculados o tutelados o desplazados)
Las remisiones RIPS son por cada código de habilitación, es decir por cada sede de prestación de servicios

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	19 de 22

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 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 deben ser cortos, sin tildes, comillas, eñes (ñ), u otros signos
El nombre de la carpeta que contiene la remisión RIPS reportados no puede ser igual al número determinado para la remisión RIPS
Los datos de los archivos texto de los RIPS, 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 usuarios pueden tener varias facturas en un mismo periodo en una misma línea de pago; sin embargo, en el archivo US de los RIPS, 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 (.)
LISTA DE CHEQUEO DE CALIDAD EN LA ESTRUCTURA Y CONFORMACIÓN DE LOS ARCHIVOS RIPS
Los números de las remisiones son seis (6) dígitos únicos e irrepetibles, por cada IPS
El número de la remisión es igual para todas las tablas que conforman la remisión RIPS reportada
Se conforman remisiones RIPS por facturas de una misma línea de pago (vinculados o tutelados o desplazados)
Las remisiones RIPS 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 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 deben ser cortos, sin tildes, comillas, eñes (ñ), u otros signos
El nombre de la carpeta que contiene la remisión RIPS reportados no puede ser igual al número determinado para la remisión RIPS
Los datos de los archivos texto de los RIPS, 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 usuarios pueden tener varias facturas en un mismo periodo en una misma línea de pago; sin embargo, en el archivo US de los RIPS, 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 (.)

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	20 de 22

Cuando al momento de la entrega de las facturas se encuentren inconsistencias en los RIPS en relación con la estructura y calidad del dato, el Operador que recepciona las facturas se comunicará inmediatamente con la IPS para que se proceda con la respectiva corrección y envío, para de esta manera, continuar con el trámite de la radicación de la factura.

10.3.2. 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 usuario 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.

10.3.3. Reporte de las actividades incluidas en el programa de incentivos.

La IPS que se hubiese acogido al programa de incentivos formalizado a través del contrato de prestación de servicios, deberá reportar la información respectiva conforme la estructura y datos definidos para tal fin y de acuerdo a las fechas fijadas y referenciadas en el documento técnico anexo al contrato. El o los archivos generados deberán ser enviados en medio físicos o correo electrónico a las direcciones definidas por SAVIA SALUD EPS, y que serán notificadas formalmente al prestador por medio de documento escrito.

Información adicional que se requiera sobre el contenido del programa de incentivos podrá ser solicitada directamente al área de Gestión del Riesgo de SAVIA SALUD EPS, o a través del correo saludpublicasavia@udea.edu.co.

10.3.4. Indicadores de seguimiento a las IPS

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

Indicadores de seguimiento de la circular 056 de 2009, aplicables a la IPS.
Indicadores de seguimiento según Resolución 1552 de 2013.

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	21 de 22

11. Glosario

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: Institución Prestadora De Servicios De Salud

RIPS: 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.

12. Anexos

No aplica.

13. Referencias

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

14. Registros

No aplica.

Control de elaboración

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Alejandro García R.	Nombre: Janeth Bojanini García	Nombre: Omar Perilla Ballesteros
Cargo: Jefe red y aliados	Cargo: Jefe Gestión de Calidad	Cargo: Gerente (E)

	MANUAL DE RELACIONAMIENTO	Código	MA-RS-02
		Versión	05
		Fecha	03/05/2016
		Página	22 de 22

Control de cambios

VERSIÓN	FECHA DE VIGENCIA	NATURALEZA DEL CAMBIO
01	01/09/2014	Creación del documento.
02	01/06/2014	Ajustes hallazgos Supersalud.
03	09/03/2015	Actualización normativa, decreto de movilidad y mejora de proceso de recobro.
04	07/05/2015	Se realizan ajustes en contenido.
05	03/05/2016	Modificación integral del documento.