

MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD

	Elaboró	Revisó y Aprobó
Cargo	Jefe de Oficina de Contratación	Junta Directiva
Fecha	Junio 2023	Junio 2023

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente.
Prohibida su reproducción.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02 Página 2 de 52

Contenido

1.	INTRODUCCION	4
2.	OBJETIVOS	4
2.1	OBJETIVO GENERAL	4
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
3.	ALCANCE.....	5
4.	GLOSARIO	5
5.	RESPONSABILIDADES.....	13
6.	DESARROLLO	15
6.1	MODELO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	15
6.2	PRINCIPIOS DE LA CONTRATACIÓN O ACUERDO DE VOLUNTADES.....	15
6.3	POLÍTICAS DE CONTRATACIÓN.....	17
6.4	MODALIDADES DE PAGO APLICABLES A LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.	19
6.4.1	Pago Individual Por Caso, Conjunto Integral de Atenciones, Paquete o Canasta.....	19
6.4.2	Pago global prospectivo (PGP)	20
6.4.3	Pago por capitación.....	21
6.4.4	Pago por evento	21
6.4.5	Recomendaciones de Escogencia de la Modalidad de Pago.....	21
6.5	NOTA TÉCNICA	22
6.6	GESTIÓN CONTRACTUAL	23
6.6.1	Etapa Precontractual.....	23
6.6.2	Planeación de la contratación	23
6.6.3	Análisis de la oferta, demanda y estimación de la suficiencia de la red de prestadores de servicios y proveedores de tecnologías de salud.	24
6.6.4	Selección de los prestadores de servicios de salud	25
6.6.5	Negociación y formalización de contratos.	30
6.6.6	Gestión de riesgos de lavados de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT).	31
6.7	ETAPA CONTRACTUAL.....	32
6.7.1	Parametrización y socialización del contrato.....	32
6.7.2	Operación, Seguimiento y evaluación a la ejecución de los contratos.....	32
6.7.3	Evaluación de la calidad.	33

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
Página 3 de 52			

6.7.4	Indicadores de calidad.	34
6.7.5	Auditoría.....	34
6.7.6	Auditoría de cuentas médicas.....	34
6.7.7	Acceso a la historia clínica.....	35
6.7.8	Monitoreo y evaluación de la nota técnica.....	35
6.7.9	Cotización de servicios o tecnologías de salud.	36
6.7.10	Tiempos frente a situaciones imprevisibles.....	37
6.7.11	Responsabilidades de las partes.....	37
6.7.11.1	De la EPS	37
6.7.11.2	Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud - PSS	39
6.8	REPORTES DE INFORMACIÓN.	42
6.8.1	Obligatoriedad del reporte de información.....	42
6.8.2	Comunicación a los usuarios de la información sobre atenciones en salud recibidas.	42
6.8.3	Control.....	43
6.9	ETAPA POST-CONTRACTUAL	43
6.9.1	Liquidación de contratos de la red prestadora	43
6.9.2	Comité Primario de Redes de Servicios de Salud.....	44
6.10	PROCESO DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS....	44
6.10.1	Valoración de las necesidades	44
6.10.2	Selección de proveedores de medicamentos, dispositivos médicos e insumos	45
6.10.3	Plan de compras.....	45
6.10.4	Contratación de proveedores de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	46
6.11	ASPECTOS VARIOS.....	47
6.11.1	Cartas de intención	47
6.11.2	Gestión del reaseguro.	48
6.11.3	Inhabilidades e incompatibilidades.....	48
6.12	AUTOCONTROL DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN Y GESTIÓN CONTRACTUAL	50
7.	REFERENCIAS.....	50
8.	CONTROL DE CAMBIOS	51
9.	CONTROL DE REGISTROS.....	51

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 4 de 52

1. INTRODUCCION

Las relaciones entre CAJACOPI EPS SAS y su Red de Prestadores de Servicios de Salud y otros proveedores de tecnologías y servicios de salud relacionados, se orientan principalmente a través de los acuerdos de voluntades celebrados entre ellos. Tales relaciones se rigen por los clausulados de dichos acuerdos, los cuales a su vez varían según el tipo de contratación, la modalidad de contratación, el mecanismo de pago acordado y la normatividad vigente aplicable, tanto civil y comercial en general, como del sector salud en particular.

La suscripción de contratos debe realizarse tras un previo proceso de negociación de las condiciones generales, en el que se estipule de forma incuestionable los aspectos fundamentales que deben regir la relación contractual, como son: objeto del contrato, su término de duración, las características de los servicios y/o productos contratados, las obligaciones de las partes, el monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo, la forma y términos de pago, las tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago, la información general de la población objeto (con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico), el proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia, la periodicidad en la entrega de Información de prestaciones de servicios de salud y/o suministro de las tecnologías, la periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y la revisoría de cuentas, los mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades, las sanciones por incumplimiento y la forma como deberán resolverse las controversias que se susciten en relación con el desarrollo del contrato celebrado.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los principios y deberes en los procesos contractuales en sus etapas precontractual, contractual y post contractual que lleve a cabo CAJACOPI EPS SAS, con el fin de lograr acuerdos eficientes, transparentes ejecutables y de calidad, para la satisfacción de sus necesidades, en la adquisición de bienes y servicios, que lleve a cabo la sociedad, y garantizar así una eficiente prestación de servicios a sus afiliados.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 5 de 52

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reglamentar los procesos de contratación de prestación de servicios de salud y sus conexos, y los de la adquisición de bienes y servicios de CAJACOPI EPS SAS.
- Determinar los principios y deberes, de todas las modalidades y tipos de contratación que adelante la Sociedad.
- Establecer los mecanismos para asegurar la transparencia, ejecución y efectivo cumplimiento de los contratos suscritos por la EPS

3. ALCANCE

Desde: el planteamiento de la necesidad de contratación de nuevos servicios en las diferentes regionales, donde tenemos presencia.

Hasta: el seguimiento a los planes de acción generados a los prestadores de servicios de salud.

4. GLOSARIO

- **Acta de negociación:** documento donde se definen los servicios a contratar y se establece el valor de las tarifas.
- **Acuerdo de voluntades para la prestación de los servicios y suministro de tecnologías en salud:** manifestación voluntaria y bilateral que se suscribe entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable de pago, para la atención en salud a proveer a la población a cargo de la entidad responsable de pago, obligándose esta última a reconocer una suma de dinero por la prestación de servicios y tecnologías en salud en los términos y condiciones de calidad estipulados por las partes y por la normativa legal vigente.
- **Ajuste de riesgo:** consiste en el pago diferencial en función de la severidad de las condiciones individuales de salud y el consumo de tecnologías en salud.
- **Ajuste por desviaciones extremas del costo:** consiste en el reconocimiento de pagos adicionales por encima del monto pactado destinado a cubrir costos muy altos e inusuales en la atención de pacientes específicos. Aplica exclusivamente a las modalidades de contratación y de pago por episodio, grupo de riesgo y pago global

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 6 de 52

prospectivo y exige la determinación del valor a partir del cual se reconocen dichos pagos.

- **Aseguramiento en salud:** se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.
- **Atención agrupada:** son las atenciones en salud que incluyen un conjunto de servicios y tecnologías en relación con un evento, una o varias condiciones en salud o población.
- **Autorización adicional:** aval que se deriva de la evolución de la condición inicial de salud del paciente y no están incluidas en la principal, con el fin de mantener, mejorar o superar su estado actual, de conformidad con los cambios en el plan de manejo que se establezcan.
- **Autorización integral:** aval que se emite para uno o varios PSS y PTS para la atención de un evento, condición o condiciones en salud, o la prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías previamente concertados dentro de un mismo servicio habilitado o varios servicios habilitados en el mismo grado de complejidad o modalidad de prestación.
- **Autorización principal:** aval que se emite para soportar la razón principal de la atención dentro del plan de manejo inicial establecido por el profesional o el equipo tratante.
- **Autorización:** aval emitido por la ERP previo para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías de salud requeridos por el usuario, dirigida a un PSS o PTS, de acuerdo con lo establecido entre el PSS, PTS y la ERP según la normativa vigente.
- **Caracterización Poblacional (CAPO):** metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las EAPB.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 7 de 52

- **Carta de intención:** documento que fija las bases para la negociación y primera propuesta sobre la celebración futura de un contrato, que permite así que se empiecen a llevar a cabo las actuaciones que desembocarán en la firma de este.
- **Componente complementario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS):** conformación y organización de servicios de salud habilitados para la prestación de servicios individuales encaminados a la resolución de eventos que demanden mayor complejidad tecnológica y de talento humano para garantizar la integralidad, continuidad y resolutiveidad del proceso de atención de la población, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Componente primario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS):** conformación y organización de servicios de salud, puerta de entrada del Sistema de Salud, en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), habilitados para la prestación de servicios y tecnologías en salud de carácter individual y colectivo, encaminada a la resolución de los eventos más frecuentes y con los requerimientos tecnológicos necesarios, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Demanda inducida:** es la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.
- **Entidades Responsables de Pago (ERP):** son las encargadas de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en aras de satisfacer las necesidades de la población a su cargo en materia de salud.
- **Franja de riesgo:** consiste en la definición de un rango del valor pactado, expresado en términos porcentuales por encima y por debajo de dicho valor, a partir del cual se produce el reconocimiento de un pago adicional o la participación en los ahorros cuando el valor resultante está por fuera de dicho rango. Aplica únicamente para las modalidades de contratación y de pago por grupo de riesgo y pago global prospectivo.
- **Grupo de riesgo:** conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 8 de 52

- **Mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica:** medidas que deben ser pactadas en las modalidades de pago prospectivas, con el objeto de mitigar el impacto financiero ocasionado por las desviaciones encontradas durante la ejecución del acuerdo de voluntades que afecten las frecuencias de uso, poblaciones y costos finales de atención, frente a lo previsto en la nota técnica, de acuerdo con la caracterización poblacional inicialmente conocida por las partes.
- **Medidas de protección frente al riesgo:** mecanismos contractuales acordados entre las partes, destinados a manejar las variaciones en los costos, que escapan al control de los prestadores de servicios de salud, con el fin de proteger la calidad de la atención para el usuario.
- **Modalidad de contratación:** forma y compromiso que adquiere la relación contractual entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud para garantizar la atención efectiva en salud de la población objeto, que incorpora unas reglas para la prestación y operación de los servicios y tecnologías en salud contratadas, tarifas, precios, modalidad de pago, determinación y evaluación de los indicadores pactados y los mecanismos de auditoría, entre otros.
- **Modalidad de pago:** forma y compromiso pactado en los acuerdos de voluntades que permite definir su unidad de pago, teniendo en cuenta los servicios y tecnologías incluidos, sus frecuencias de uso en el caso de los pagos prospectivos, la población objeto, los eventos y las condiciones en salud objeto de atención y los demás aspectos que las partes pacten.
- **Modelo de atención en salud:** conjunto de lineamientos, procesos, acciones y herramientas definidos por la entidad responsable de pago que orientan la organización de las acciones requeridas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas y comunidades, a través de la prestación del servicio de salud que den cumplimiento a las características de la calidad y los principios y elementos, esenciales e interrelacionados establecidos en la Ley Estatutaria de la Salud, centrados en la persona y en los resultados en salud, considerando su momento de curso de vida y entorno donde cotidianamente viven y se relacionan, para la ejecución de las atenciones con finalidad de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- **Modelo de prestación de servicios de salud:** conjunto de lineamientos, estrategias y acciones que definen los prestadores de servicios de salud para la determinación y organización de la oferta de servicios de salud

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 9 de 52

bajo los principios del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y la política de humanización del paciente.

- **Nota técnica de los servicios y tecnologías en salud del acuerdo de voluntades:** es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago.
- **Operadores logísticos y gestores farmacéuticos:** se consideran como tales las cadenas de droguerías, cajas de compensación y/o establecimientos de comercio, entre otros, cuando realicen la dispensación ambulatoria en establecimientos farmacéuticos, o el suministro de dispositivos médicos e insumos, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud por encargo contractual de las ERP, PSS y de otros actores del sistema.
- **Organización funcional de servicios de salud:** se refiere a formas de organización de los servicios a habilitar por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, para la disposición y provisión de servicios de salud con el fin de garantizar la atención en salud de manera accesible, oportuna, continua, integral, y resolutive, en los componentes primario o complementario de la Red. Las organizaciones funcionales de servicios de salud serán: (i) prestadores primarios para el componente primario; y (ii) unidades funcionales para el componente complementario de la red.
- **Pago prospectivo:** modalidad de pago en la cual se define por anticipado el valor esperado de la frecuencia de uso de un conjunto de servicios y tecnologías en salud y de su costo, y que permite determinar previamente un pago por caso, persona o global, que tienen características similares en su proceso de atención.
- **Pago retrospectivo:** modalidad de pago posterior al proceso de atención, en la cual no se conoce con anterioridad el monto final a pagar, y está sujeto a la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud.
- **Plan de Beneficios en Salud (PBS):** es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 10 de 52

- **Prestadores de Servicios de Salud (PSS):** se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes, que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS y cuenten con servicios habilitados.
- **Proveedores de tecnologías en salud (PTS):** se considera toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades.
- **Radicación:** es el momento en el cual el PSS o el PTS entrega formalmente a través de los medios tecnológicos definidos, la Factura Electrónica de Venta, el RIPS y demás soportes a la ERP y ésta emite el registro de radicación de manera automática y en línea. La vigencia de la radicación tiene lugar a partir del día hábil siguiente a su realización, con la cual se da inicio al trámite de devoluciones de que trata el artículo 17 de la presente resolución dentro de los términos del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.
- **Red de prestación de servicios de salud:** es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- **Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS):** conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicado en un ámbito territorial definido por el marco normativo vigente, conformado, organizado y habilitado en un componente primario y un componente complementario, por parte de las entidades responsables de pago, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud con el fin de garantizar el acceso

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 11 de 52

efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información, para garantizar la adecuada gestión de la atención y mejorar los resultados en salud.

- **Contrarreferencia** es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da a la entidad responsable de pago y al prestador de servicios de salud inicial y puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o la entrega de información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora.
- **Referencia** es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica de un prestador de servicios de salud inicial a otro, para la atención o complementación diagnóstica que dé respuesta a las necesidades de salud de estos, de conformidad con el direccionamiento de la entidad responsable de pago.
- **Registro de radicación:** legalización del recibido de soportes de cobro definidos en el anexo técnico 3 de la presente resolución, a través de un consecutivo emitido y comunicado por la ERP a un PSS o PTS en el momento de la recepción de dichos soportes. Dicho proceso debe estar automatizado y en línea.
- **Riesgo compartido:** característica de algunas modalidades de contratación y mecanismos de pago mediante la cual el pagador asume el riesgo primario y el prestador asume el riesgo técnico, junto con sus criterios de aplicación al interior de la relación contractual para la atención de una condición médica. Involucra medidas de protección del riesgo. Lo anterior no releva a la entidad responsable de pago de su responsabilidad en el aseguramiento en salud de sus afiliados.
- **Riesgo primario:** es la variación en la incidencia o en la severidad no evitable de un evento o condición médica en la población asignada, que afecta financieramente a quien asume este riesgo. Este riesgo debe ser incluido en la nota técnica, cuando aplique.
- **Riesgo técnico:** es la variación en la utilización de recursos en la atención en salud, en la ocurrencia de complicaciones o en la severidad, que se encuentra asociada a factores no previsibles en la atención o no soportados con la evidencia científica y que afecta financieramente a quien asume este riesgo. Este riesgo debe ser incluido en la nota técnica, cuando aplique.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 12 de 52

- **Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS):** herramienta que define a los integrantes del sector salud (entidad territorial, entidad administradora de plan de beneficios, prestador de servicios de salud) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan por parte del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en sus entornos, así como las intervenciones para la promoción de la salud, prevención de enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.
- **Servicio o tecnología prioritaria:** son aquellos servicios y tecnologías de salud que se pueden prestar o proveer cuando la condición de salud que origina la atención no pone en riesgo la vida del paciente en el futuro inmediato, pero si genera un incremento potencial en el nivel de compromiso funcional, anatómico o riesgo de complicaciones o secuelas si no hay una atención oportuna.
- **Servicios o tecnologías electivas:** son aquellos servicios y tecnologías de salud que se pueden prestar o proveer de manera programada, prioritaria o no, dado que la condición de salud que origina la atención no implica un riesgo inminente para la vida del paciente, en el futuro inmediato.
- **Servicios y tecnologías en salud:** actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos y servicios complementarios usados en la atención en salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud, descritos en los catálogos estandarizados definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o los propios del prestador de servicios de salud cuando aplique.
- **Transferencia de riesgo:** característica de algunas modalidades de contratación y mecanismos de pago mediante la cual el pagador traslada de manera limitada el riesgo primario al prestador, quien comparte esa responsabilidad bajo diferentes criterios de aplicación al interior de la relación contractual para la atención de una condición médica. Involucra medidas de protección del riesgo. Lo anterior no releva a la entidad responsable de pago de su responsabilidad en el aseguramiento en salud de sus afiliados.
- **Unidad de pago por capitación contributiva (UPC-C):** es el valor que el Estado le entrega a las EPS, por el pago del seguro de afiliación por persona año, por la atención del PBS a sus afiliados.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 13 de 52

- **Unidad de pago por capitación subsidiada (UPC-S):** es el valor fijo que el Estado le entrega a las Administradoras del Régimen Subsidiado, por el pago del seguro de afiliación por persona año, por la atención del PBS a sus afiliados.
- **Unidad de pago:** es la medida unitaria para el reconocimiento y pago de la prestación de servicios de salud por parte de una Entidad Responsable de Pago a un Prestador de Servicios de Salud acorde a la modalidad de contratación y de pago.
- **Unidad de reconocimiento y pago:** corresponde a la medida utilizada para el reconocimiento y pago de la prestación de los servicios y tecnologías en salud por parte de una entidad responsable de pago a un prestador o proveedor de servicios de salud acorde a la modalidad de contratación.

5. RESPONSABILIDADES

El Subgerente Nacional de Salud y el Jefe de Oficina de Contratación son responsables de planear, implementar y controlar este manual.

El Subgerente Nacional de Gestión del Riesgo en Salud es responsable de realizar los estudios de caracterización poblacional que sirven de base para la planeación anual de la red adscrita.

El Subgerente Nacional de Salud, el Subgerente Nacional de Gestión del Riesgo y el Coordinador Nacional de Red de Servicios de Salud son responsables del análisis de la demanda y de la oferta, la generación de la nota técnica y la definición de la red de servicios.

Los Gerentes Regionales son responsables de plantear las necesidades de ampliación o disminución de la red de prestadores, de acuerdo con el análisis realizado al comportamiento de la prestación de servicios, supervisiones de contrato, PQRS y perfil epidemiológico de la regional.

El Coordinador Nacional de Red de Servicios de Salud y el Jefe de Oficina de Contratación son responsables de realizar la planeación anual de la red y revisar la pertinencia de las solicitudes de modificación de la red.

El Coordinador Nacional de Red de Servicios de Salud y los Gerentes Regionales son responsables de realizar las negociaciones tarifarias con los prestadores que ingresaran a la red.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 14 de 52

El Coordinador Nacional de Red de Servicios de Salud es responsable de solicitar al Jefe de Oficina de Contratación las verificaciones de los requisitos precontractuales, especialmente el SARLAFT.

El Jefe de Oficina de Contratación y el Coordinador Nacional de Red de Servicios de Salud son responsables de solicitar al Coordinador Nacional de Auditoría de Calidad en Salud la realización de las auditorías precontractuales a los prestadores que cumplan con la verificación de SARLAFT.

El Coordinador Nacional de Auditoría de Calidad en Salud es responsable de solicitar a los auditores regionales de calidad en salud, la realización de las auditorías precontractuales.

El Jefe de Oficina de Contratación y el Coordinador Nacional de Red de Servicios de Salud, es responsable de llevar ante el comité Primario de contratación Nacional, las solicitudes de ampliación y/o reducción de la red, posterior al cumplimiento de todos los requisitos precontractuales.

El Jefe de Oficina de Contratación es responsable de realizar las minutas contractuales y anexos, garantizando la legalización de los contratos aprobados.

El Coordinador Nacional de Auditoría de Calidad en Salud es responsable de garantizar que se hagan anualmente la verificación del mantenimiento de los requisitos de habilitación y el cumplimiento de los indicadores de calidad de la red adscrita.

Los Auditores Regionales de Calidad en Salud son responsables de hacer seguimiento a la prestación efectiva de los servicios, revisando las ordenes que tienen más de 60 días de haber sido emitidas y aún no tienen fecha de prestación de servicios.

Los Gerentes Regionales son responsables de realizar la supervisión del cumplimiento al objeto contractual.

El Jefe de Oficina de Contratación es responsable de hacerle seguimiento al cumplimiento de las supervisiones del cumplimiento del objeto contractual, realizar informe consolidado de los hallazgos de la supervisión de contratos y presentarlo ante el Comité Primario de Contratación para toma de decisiones por incumplimientos detectados.

El Coordinador Nacional de Medicamentos es responsable de las negociaciones con los operadores logísticos de medicamentos, dispositivos e insumos.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 15 de 52

6. DESARROLLO

6.1 MODELO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El contrato o acuerdo de voluntades se define como el acto por medio del cual una parte se obliga para con la otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

El modelo de contratación de CAJACOPI EPS SAS, tiene tres (3) propósitos fundamentales:

1. Formalizar el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento.
2. Mejorar las prácticas de contratación o acuerdo de voluntades con los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías de salud.
3. Asegurar la calidad del proceso de contratación.

6.2 PRINCIPIOS DE LA CONTRATACIÓN O ACUERDO DE VOLUNTADES

CAJACOPI EPS SAS ha definido como principios de su proceso de contratación para la prestación de servicios de salud y de suministro de tecnologías de salud, los siguientes:

- Buena fe: las partes deben proceder de buena fe en todas sus actuaciones, y los contratos obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a su naturaleza, según la ley, la costumbre o la equidad.
- **Calidad:** garantizar los mejores resultados en salud de acuerdo con lo definido contractualmente cumpliendo todos los preceptos del contrato.
- **Eficiencia:** el proceso de contratación de servicios de salud y de tecnologías de salud debe estar enfocado en la maximización de los recursos, de tal manera que los objetivos planteados se logren con la menor inversión posible de recursos económicos, financieros, técnicos, tecnológicos y humanos.
- **Equidad:** el principio de equidad deberá inspirar y gobernar los

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 16 de 52

procesos contractuales, por ello cuando exista norma especial para el caso concreto se aplicará la norma general o abstracta, buscando analizar la distribución de los costos y beneficios presentados entre las partes, para lograr el equilibrio en la relación jurídica.

- **Eficacia:** la contratación debe propender por la satisfacción de la necesidad generada y fuente del proceso de contratación.
- **Celeridad:** cada una de las etapas del proceso debe realizarse con prontitud y rapidez con el impulso oficioso de los funcionarios y/o colaboradores intervinientes en el procedimiento contractual, suprimiendo trámites innecesarios.
- **Economía:** los procesos de contratación se adelantarán de tal manera que, la EPS, pueda seleccionar la propuesta que convenga a sus intereses y ejecutar el contrato respectivo haciendo la mejor inversión en recursos técnicos, económicos y humanos
- **Transparencia:** la contratación debe realizarse con objetividad, reglas claras y oportunidad, para que los interesados conozcan los documentos, conceptos y decisiones que se adopten en relación con la celebración, ejecución, terminación y/o liquidación de los Contratos.
- **Responsabilidad:** los funcionarios y demás personas que intervengan en la planificación, celebración, ejecución y liquidación de los Contratos, tienen la obligación de proteger los derechos de CAJACOPI EPS SAS, los derechos y obligaciones del Prestador o Proveedor, los derechos de la sociedad y los derechos del medio ambiente que puedan verse afectados por el desarrollo del contrato.
- **Igualdad:** los interesados en celebrar Contratos gozarán de las mismas oportunidades y condiciones establecidas por CAJACOPI EPS SAS, para la adquisición de bienes y servicios.
- **Imparcialidad:** toda actuación de los colaboradores del proceso de contratación se deberá enmarcar en un criterio de la justicia que conlleve a una decisión objetiva.
- **Formalidad del contrato:** todos los Contratos celebrados por la Empresa deben constar en documentos escritos. Se encuentra prohibida toda posibilidad de contratación verbal.
- **Publicidad:** mediante este principio se garantiza que los actos

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 17 de 52

contractuales sean públicos, salvo reserva legal y/o reglamentaria excepcional y debidamente motivada y, por consiguiente, puedan ser conocidos por los actores contractuales, así como por los diversos estamentos de CAJACOPI EPS SAS, y terceros interesados en los mismos.

- **Planeación y oportunidad:** prima la elaboración de estrategias que definen un objetivo dentro de la gestión contractual, en los cuales se deberán seleccionar los proyectos y decidir sobre acciones necesarias para realizarlos. Consiste en lograr que cada una de las etapas del proceso de adquisición de servicios estén definidas por factores de eficiencia dados por la calidad, la entrega oportuna de la información y la realización de cada etapa conforme a los cronogramas o plazos previstos para su realización, dejando de lado la improvisación.
- **Intervención del Riesgo Jurídico:** la contratación de servicios debe ajustarse sin excepción a las disposiciones legales vigentes.

6.3 POLÍTICAS DE CONTRATACIÓN

Para garantizar la calidad de los servicios prestados a los afiliados de CAJACOPI EPS SAS, durante el proceso de contratación se tendrán en cuenta los siguientes lineamientos de política:

- Sólo se contratarán PSS que cumplan con los estándares de habilitación establecidos en la normatividad vigente aplicable para conformar el componente primario y complementario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS).
- La elección de los proveedores habilitados para la contratación se basará en el resultado del proceso de selección de PSS.
- Contratar PSS públicos o privados, con los cuales se desarrollará el modelo de atención, mediante el acuerdo sobre acciones y metas de cobertura que impacten positivamente el perfil de riesgo y el perfil epidemiológico de la población afiliada a CAJACOPI EPS SAS.
- Contratación preferencial de proveedores de servicios de salud que cuenten con portafolios de servicios integrales y con capacidad instalada y resolutive, el soporte de un sistema de información que les permita cumplir con los requerimientos de gestión de la información exigidos por la normatividad vigente aplicable en general y por CAJACOPI EPS SAS, en particular.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 18 de 52

- En los territorios que se tengan afiliados y en el área de influencia de una IPS o ESE acreditada en salud, se privilegiará su inclusión en la red de prestación de servicios de salud para lo cual se suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes.
- Contratar prestadores en los diferentes niveles de complejidad, de acuerdo con el volumen de población afiliada y el resultado de los estudios de demanda potencial de atención en salud, para garantizar una cobertura total de las atenciones contenidas en el PBS, de acuerdo con la normatividad vigente aplicable en la materia.
- Garantizar las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) y Salud Familiar y Comunitaria, en todos y cada uno de los municipios en los que opere la EPS y su apoyo complementario a través de las RIPSS.
- Contratar con asociaciones o alianzas estratégicas departamentales y regionales de prestadores que integren los diferentes niveles de complejidad, sin transferir el riesgo financiero, de tal manera que se garantice la continuidad, oportunidad e integralidad en la prestación de los servicios de salud y el suministro de tecnologías en salud.
- Contratar PSS y PTS de acuerdo con las modalidades de pago que mejor se ajusten a las necesidades de atención de los afiliados y promuevan el equilibrio financiero entre las partes.
- Hacer explícitos en los contratos o acuerdo de voluntades las características de calidad y requisitos para la operación del modelo y especificar los mecanismos que permitan controlar la demanda adversa de servicios asistenciales o el uso inadecuado de estos.
- Asegurar la inclusión en la contratación de acciones y mecanismos de administración del riesgo en salud de la población afiliada a CAJACOPI EPS SAS, de acuerdo con el modelo de atención.
- Fortalecer la atención primaria en salud, con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la protección específica contra riesgos generales y específicos identificados en el proceso de caracterización poblacional, en armonía con el enfoque del modelo y aplicando las RIAS establecida por el MSPS.
- Definir el sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes,

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 19 de 52

acorde con la estructura de oferta de cada territorio en el que opere CAJACOPI EPS SAS.

- CAJACOPI EPS SAS no contratará por la modalidad de pago por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con un mismo PSS, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 41, parágrafo 2 del Decreto 050 de 2003 incorporado en el Decreto 780 de 2016 y demás normas legales vigentes.
- CAJACOPI EPS SAS solamente contratará la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 52, numeral 52.1 de la Ley 1438 de 2011.
- Toda la contratación de PSS o PTS que se pacte bajo la modalidad prospectiva contará con una nota técnica en la que se determine de antemano la cantidad de servicios proyectada, sus costos, las tarifas concertadas y sirva como instrumento de evaluación y seguimiento al mismo.

6.4 MODALIDADES DE PAGO APLICABLES A LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

En los contratos o acuerdos de voluntades se podrá utilizar una o varias modalidades de pago, de acuerdo con el objeto contractual y las obligaciones a cargo de los contratistas para la prestación de los servicios de salud y/o el suministro de tecnologías en salud incluidos en el PBS. Para ello, en CAJACOPI EPS SAS se podrán escoger alguno de los siguientes:

6.4.1 Pago Individual Por Caso, Conjunto Integral de Atenciones, Paquete o Canasta.

Se trata de modalidades prospectivas en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.

Este sistema obliga a las IPS a realizar esfuerzos por lograr adecuados niveles de eficiencia técnico-administrativa y técnico científico.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 20 de 52

6.4.2 Pago global prospectivo (PGP)

El grupo poblacional o individuo (según la modalidad) tendrá derecho a ser atendida durante un período de tiempo, a partir de unas frecuencias establecidas por unos servicios determinados. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente por tecnología, su liquidación del monto a pagar se encuentra en función del número de actividades y el valor pactado.

De acuerdo con las características de la población, riesgo en salud, oferta de servicios y capacidad instalada y resolutive del prestador, se podrá ajustar el mecanismo en cada una de las siguientes modalidades:

- **Pago global prospectivo por episodio:** modalidad mediante la cual las partes acuerdan por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, los servicios y las tecnologías en salud requeridas para la atención de episodios a una población predefinida dentro de un área geográfica, con condiciones de riesgo específicas estimadas y acordadas previamente entre las partes. En esta modalidad, el pagador realiza al prestador una transferencia limitada del riesgo primario de incidencia y de severidad, y el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones).
- **Pago global prospectivo por grupo de riesgo:** modalidad mediante la cual se define por anticipado una suma fija global para la atención de pacientes con un tipo específico de riesgo, usualmente una condición médica crónica dentro en una población de referencia, en una zona geográfica y durante un período de tiempo. En esta modalidad, el pagador realiza al prestador una transferencia limitada del riesgo primario de incidencia y de severidad, y el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones).
- **Pago global prospectivo por especialidad:** modalidad que permite establecer por anticipado un pago fijo global por las atenciones correspondientes a los diagnósticos definidos dentro de alguna especialidad, que ocurran en una población previamente determinada, en un área geográfica y en un período de tiempo. En esta modalidad, el pagador realiza al prestador una transferencia limitada del riesgo primario de incidencia y de severidad, y el riesgo técnico de utilización

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 21 de 52

de servicios y de severidad evitable (complicaciones).

6.4.3 Pago por capitación

Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.

6.4.4 Pago por evento

Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.

6.4.5 Recomendaciones de Escogencia de la Modalidad de Pago

En atención a las ventajas y desventajas de cada una de las modalidades de pago descritas, en el siguiente cuadro se resumen las que deberían aplicarse a los acuerdos de voluntades según las características principales de los servicios a contratar:

Identificación	Casos	Modalidad de Pago	Modalidad de Contratación	Potencial de Transferencia de Riesgo
Poblacional por grupos de riesgo	Riesgos generales o aleatorios	Pago <i>per cápita</i> o Capitación*	Prospectivo	Si**
	Riesgos específicos	Pago Global Prospectivo		
Individual por caso (Diagnóstico o GRD)	Enfermedad aguda quirúrgica	Paquete Integral de Atención		
	Enfermedad aguda médica o no quirúrgica	Canasta Básica		
	Enfermedad crónica	Conjunto Integral de Atención		
Individual por servicio (CUPS, CUM/IMS)	Riesgos específicos o aleatorios	Por evento o por servicio (<i>fee for service</i>)	Retrospectivo	No

* Solo aplicable a la baja complejidad.

** Requieren Nota Técnica. Fuente: elaboración propia.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 22 de 52

6.5 NOTA TÉCNICA

La construcción de la nota técnica es una herramienta de transparencia y eficiencia para la suscripción y ejecución de los acuerdos de voluntades entre pagadores y prestadores de servicios de salud, que permite, a partir de sus elementos mínimos, proyectar a nivel operativo y financiero el comportamiento de los acuerdos de voluntades.

Constituye además un elemento para el seguimiento de los acuerdos, que permita, a partir del monitoreo de sus desviaciones, identificar posibilidades de ajuste, implementación de mecanismos de ajuste de riesgo e incentivos; complementando de esta manera el seguimiento a partir de indicadores de calidad, gestión y resultados, para que de manera oportuna las partes intervinientes puedan tomar decisiones referentes al modelo de atención y prestación, estrategias para intervenir en los eventos que tienen mayor incidencia en las desviaciones de uso y costo de los servicios, así como el comportamiento de los riesgos, por lo cual el seguimiento de los acuerdos de voluntades, incluida la nota técnica debe incorporar la gestión de riesgo en salud. Todo lo anterior, con el objetivo de garantizar la adecuada prestación de servicios a los usuarios y la adecuada administración de los recursos del Sistema.

En los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago prospectivas, se debe incluir la nota técnica, como anexo que hace parte integral del acuerdo de voluntades, la cual debe contener como mínimo los siguientes elementos:

- Población objeto total y susceptible de cada servicio o tecnología en salud de acuerdo con la caracterización poblacional, el nivel de acceso de las poblaciones, los aspectos operativos de la prestación y los modelos diferenciales.
- Frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con el plazo del acuerdo de voluntades y sus probabilidades de uso.
- Costos acordados para cada servicio o tecnología en salud, de acuerdo con las diferentes modalidades de prestación de los servicios de salud.
- Periodicidad con que será monitoreada y evaluada, la que, en ningún caso, podrá ser igual o superior al plazo del acuerdo. Los servicios y tecnologías incluidos en la nota técnica se expresarán con los códigos

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 23 de 52

establecidos en las tablas de referencia estandarizadas y publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, los cuales son de uso obligatorio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

6.6 GESTIÓN CONTRACTUAL

6.6.1 Etapa Precontractual.

Constituye la primera etapa del proceso de contratación y comprende la planeación de la contratación, los estudios de caracterización poblacional que está a cargo de la Subgerencia Nacional de Gestión del Riesgo en Salud, el análisis de la demanda y de la oferta, la generación de la nota técnica y la definición de la red de servicios es responsabilidad de la Subgerencia Nacional de Salud y la Coordinación Nacional de Red de Servicios; la realización de la auditoría precontractual que será responsabilidad de la Coordinación Nacional de Auditoría de Calidad en Salud en conjunto con los Auditores Regionales de Calidad en Salud; la consecución de documentación legal será responsabilidad de las gerencias regionales y las actas de negociación serán responsabilidad del área que realice el acuerdo.

6.6.2 Planeación de la contratación

La planeación de la red de servicios se realiza de acuerdo con lo descrito en el **procedimiento de planeación, diseño, selección y conformación de la red de PSS**, con base en los servicios contemplados en el PBS, el perfil de riesgo de los afiliados, el perfil epidemiológico y en el análisis de comportamiento de los indicadores de uso de los servicios determinando las necesidades de contratación de la red para cada uno de los municipios, donde CAJACOPI EPS SAS opera.

La estructuración y organización de la red de prestadores de acuerdo con los procedimientos que se describen a continuación busca que esta sea:

- **Completa:** todos los servicios del plan de beneficios en salud.
- **Suficiente:** racional relación entre la capacidad de oferta de los prestadores y la dimensión de la demanda representada por el

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 24 de 52

número de afiliados y el indicador de utilización de servicios.

- **Equilibrada:** balance entre su composición y el flujo de atención que debe darse entre los componentes primario y complementario de la red.
- **Adecuada** a las características del modelo de atención establecido.

En la conformación de las RIPSS se debe considerar lo siguiente:

- El contexto geográfico de la población.
- Características sociodemográficas y epidemiológicas de los afiliados.
- Características de la Instituciones prestadoras de servicios de salud, frente al desarrollo del modelo de atención y el desarrollo de acciones que mitiguen el riesgo en salud de los afiliados.
- La interrelación entre las diferentes instituciones de salud.

En este sentido, la conformación de la Red de Servicios para CAJACOPI EPS SAS deberá satisfacer las necesidades de atención, en cuanto a:

- **Cobertura:** toda la población puede acceder a los servicios de Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud según la cobertura del PBS.
- **Calidad:** el sistema y condiciones técnicas de la contratación facilitan la prestación con características de calidad.
- **Eficiencia:** se obtienen los mayores beneficios al menor costo. Para ello se jerarquizan los servicios en niveles de complejidad.
- **Eficacia / Efectividad:** resolución de los problemas de salud de los individuos, familias y comunidad.

6.6.3 Análisis de la oferta, demanda y estimación de la suficiencia de la red de prestadores de servicios y proveedores de tecnologías de salud.

Estimar la suficiencia de la red de prestadores de servicios de salud con la que se cuenta en un territorio determinado requiere de la comparación de dos componentes: por un lado, la demanda potencial

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 25 de 52

de los servicios de salud de la población afiliada, lo que implica el análisis de los resultados de la caracterización poblacional, en términos de perfil socio-demográfico, epidemiológico y de los determinantes sociales de la salud, así como el análisis del resultado del cálculo de las frecuencias de uso por servicios, para establecer las necesidades de atención por servicios y componentes (primario y complementario), así como las metas de cobertura. Y, por otro lado, la oferta en términos de capacidad instalada y resolutive, al igual que su capacidad de expansión, del conjunto de prestadores de servicios de salud que conformarían la red en cuestión.

Por otra parte, realizar el análisis de la demanda real de servicios comparándola con la demanda potencial agregada, permite visualizar eventuales defectos en el cálculo de la primera y con la oferta de servicios de salud en el territorio, para establecer niveles de suficiencia de estos para absorberla en términos de accesibilidad, oportunidad y Resolutividad.

De acuerdo con esto, se definen e implementan los documentos de **metodología del análisis de la demanda real de servicios y la metodología de análisis de la oferta disponible**, para la adecuada conformación de la red, teniendo en cuenta la demanda real de servicios por los diferentes grupos de riesgos, la oferta disponible en cada territorio, la encuesta de calidad de vida del DANE del año anterior, las tutelas, PQRS y todas las variables adicionales a los RIPS que aporten información para el análisis.

6.6.4 Selección de los prestadores de servicios de salud

Las decisiones de contratación son tomadas por el Comité Primario de Contratación que es una instancia colectiva y técnicamente capacitada. A este Comité le aplican las políticas establecidas en los Códigos de Conducta y de Buen Gobierno de la EPS, así como las técnicas comerciales de contratación.

La selección de prestadores se realiza con el fin de contratar prestadores con altos niveles de idoneidad, seguridad y capacidad técnico-científica, que posibiliten a los afiliados el acceso a servicios de salud integrales con calidad, acorde con la normatividad vigente, la política de calidad y de contratación y con los requisitos de orden jurídico, técnico, y financiero establecidos por CAJACOPI EPS SAS.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
Página 26 de 52			

La selección de prestadores se realiza con base en la calificación obtenida por cumplimiento de los criterios de tipo Jurídico, Técnico y Financiero, los cuales se presentan a continuación:

- 1. Criterios de tipo jurídico:** estos criterios son habilitantes, pero no calificables.

Tabla 1. Selección de prestadores, criterios de tipo jurídico.

REQUISITOS	DOCUMENTOS
Aceptación escrita de participación	Carta de Presentación de la Oferta, suscrita por el Representante Legal.
Competencia del Representante Legal para contratar.	• Certificado de existencia y representación legal que debe cumplir con los siguientes contenidos: • Fecha de expedición no mayor a 60 días anteriores a la establecida en los términos de referencia como fecha de cierre. • Que el objeto social del oferente involucre la prestación de servicios de salud. • Facultad del representante legal para presentar oferta y suscribir contrato. • La vigencia de la persona jurídica oferente debe ser igual al plazo estimado del contrato y un año más.
Certificación de pago de aportes parafiscales expedida por el Revisor Fiscal o por el Representante Legal.	Certificación del Revisor Fiscal de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Pensiones, E.P.S, A.R.P, así como al SENA, I.C.B.F. y CAJAS de COMPENSACIÓN), en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002.
Declaración de origen de fondos	Formato de SARLAFT, el cual deberá estar completamente diligenciado, sin enmendaduras, tachones ni alteraciones, debidamente con firma y huella del representante legal.

Fuente: Elaboración propia

- 2. Criterios de tipo técnico:** sólo serán tenidos en cuenta para la selección de IPS, aquellas que acrediten el cumplimiento las condiciones de habilitación según lo estipulado en la Resolución 3100 de 2019.

En la evaluación de cumplimiento, los criterios de tipo técnico son los de mayor peso porcentual (aproximadamente el 80%) y corresponden principalmente a:

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 27 de 52

Tabla 2. Selección de prestadores criterios de tipo técnico.

CRITERIO	CONDICIÓN	RESPONSABLE	RANGO
PUNTAJE TOTAL SOBRE 80			
Portafolio de Servicios acorde con el tipo y características de la población.	Portafolio de servicios en donde se enuncie de manera clara y completa los servicios que la institución se encuentra en condiciones de prestar por nivel de complejidad, una breve descripción de los principales procedimientos y actividades desarrollados en cada uno.	Coordinación Nacional de Red de Servicios.	10%
Capacidad Instalada, y Unidades de Atención	Capacidad instalada (máximo de actividades mensuales que el oferente garantiza para los afiliados a CAJACOPI EPS SAS por servicio). Descripción del número de unidades de atención, ubicación geográfica y funcionamiento de sus diferentes unidades de atención y el horario de atención habitual.	Coordinación Nacional de Auditoría de Calidad en Salud.	15%
Cumplimiento de requisitos de habilitación y demás requerimientos de calidad que la EPS define.	Comprende la evaluación de los estándares de habilitación y resultados de indicadores de calidad	Coordinación Nacional de Auditoría de Calidad en Salud.	15%
Modelo de prestación de Servicios definido por el prestador.	Comprende el enfoque aplicado en la Organización de la prestación de los servicios, la integralidad de las acciones y la consiguiente orientación de las actividades de salud. Incluyen las funciones asistenciales y logísticas.	Coordinación Nacional de Red de Servicios.	10%
Recurso Disponible (Humano, físico y tecnológico adecuado).	Descripción de los recursos Humanos, físicos y tecnológicos con que cuenta por servicio y grado de sistematización de la información y la facturación (no necesariamente automatización de los procesos). Descripción de las fortalezas que tiene la institución y ventajas frente a otros prestadores. Listado de profesionales que conforman el equipo de salud de la institución.	Coordinación Nacional de Red de Servicios y Coordinación Nacional de Auditoría de Calidad en Salud.	17%
Experiencia de la Institución.	Certificaciones que demuestren experiencia en la prestación de servicios de salud con personas Jurídicas y/o Naturales, con las que se ha tenido relación contractual.	Coordinación Nacional de Red de Servicios.	3%
Modalidades de Contratación y Tarifas ofrecidas.	Es importante describir la modalidad de contratación y las tarifas que la institución ofrece.		8%
Otros Aspectos			3%

Fuente: Elaboración propia

- 3. Criterios de tipo Financiero:** la evaluación financiera tendrá un peso porcentual del 20% y se efectuará aplicando los criterios establecidos en la normatividad vigente sobre la materia, con base en la información de los estados financieros del último año con cierre a 31 de diciembre, los cuales deberán contar con las

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 28 de 52

respectivas firmas de la Gerencia de la IPS, su Contador y su Revisor Fiscal (si la entidad está obligada a tenerlo).

Según la información reportada en los estados financieros se analizarán los diferentes indicadores financieros de la entidad, así:

Tabla 3. Selección de prestadores criterios de tipo financiero.

CRITERIO	CONDICIÓN	INDICADOR	RANGO	PUNTAJE
PUNTAJE TOTAL SOBRE 20				
La institución se encuentre en una situación financiera adecuada que le permita cumplir con las obligaciones contraídas.	Liquidez	Activo corriente/pasivo corriente	0.0-0.49 0.5-0.79 0.8-0.99 1.0-1.49 1.5- Mayores	0 1.25 2.0 2.5 5.0
	Nivel de endeudamiento: Indica la capacidad de acceder a nuevos créditos y cumplir las obligaciones a corto y largo plazo.	Pasivo total/Activo Total.	0-39,9 40-55,9 56-70,9 71-80,9 81-90,9 91-Mayor	5,0 4,0 2,5 2,0 1,25 0,00
	Capital de Trabajo: Indica el valor que le quedaría a la entidad, después de haber pagado todos sus pasivos de corto plazo, en el caso en que tuvieran que ser cancelados de inmediato.	Activo corriente-Pasivo Corriente.	0,0-0,249 0,25-0,49 0,50-0,74 0,75-0,99 1,00- Mayor	1 2 3 4 5
	Adecuada rotación de cartera	Ventas/Cuentas por Cobrar	>=6 <6	Puntaje 5.0 Se califica en proporción directa al menor valor registrado por el Indicador.

Fuente: Elaboración propia

Con la información recibida de las distintas Instituciones se procederá, por parte de la jefatura de contratación a:

- Verificar la existencia de todos los documentos y el contenido exigido, cuya ausencia es causal de rechazo.
- Verificar que el oferente no se encuentra en las siguientes situaciones, las cuales serán motivo de no continuar con la evaluación de cumplimiento de los criterios:
 - a) Cuando el oferente se encuentre en una situación de inhabilidad o incompatibilidad que le impida contratar.
 - b) Cuando el oferente se encuentre vinculado con investigaciones penales sujetas a las modalidades de crímenes organizados, es decir, narcotráfico, extorsión,

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 29 de 52

secuestro, concierto para delinquir, trata de personas o cualquier otro delito relacionado.

- c) Cuando existan varias ofertas presentadas por el mismo oferente, bajo el mismo nombre o nombres diferentes.
- Verificar si hay necesidad de solicitar algún documento subsanable, es decir aquellos que el oferente puede presentar, en caso de no anexarlos al momento de su presentación, siempre y cuando con estos informes adicionales no se mejore o cambie la oferta inicial, ni se rompa el principio de igualdad a los proponentes. Se consideran documentos subsanables:
 - a) Fotocopia de la tarjeta profesional del contador y el Revisor Fiscal (si la entidad está obligada a tener revisor fiscal).
 - b) Descripción del número de unidades de atención y organigrama que muestre las líneas de interrelación.
 - c) integración, ubicación geográfica y funcionamiento de sus diferentes unidades de atención y el horario de atención habitual.

Listado de profesionales que conforman el equipo de salud de la institución.

- Con la información que suministre el prestador, se diligencia el **RP-FR-20 Formato de Selección de Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías en Salud**, asignando los puntajes correspondientes de acuerdo con el cumplimiento de los criterios.
- Verificar el cumplimiento del 80% de los requisitos de participación: por cada propuesta se obtiene el porcentaje de cumplimiento (Número de requisitos cumplidos/ Total de requisitos exigidos x 100), si el porcentaje resultante es igual o mayor al 80%, se considera cumplido y la propuesta clasifica, esto le permitirá a CAJACOPI EPS SAS garantizar una selección objetiva de los prestadores de servicios de salud que conformarán la Red.
- Generar la relación de prestadores clasificados y elaborar el **RP-FR-48 Formato Preliminar de Red**, el cual será entregado al responsable de la contratación de la red de prestadores de servicios y proveedores de tecnologías de salud de CAJACOPI EPS SAS, quien citará al Comité Primario de Contratación para

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 30 de 52

realizar la selección final de instituciones prestadoras de servicios de salud a contratar. La red así confirmada, será presentada al Gerente General de CAJACOPI EPS SAS para su aprobación final.

- Seleccionados los prestadores que conformarán la red y con el visto bueno del Gerente de CAJACOPI EPS SAS, se elabora el plan anual de red contratación por municipio, teniendo en cuenta: i) contenidos del PB; ii) componentes de atención a contratar con los prestadores; iii) sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, iv) número de usuarios por municipio; y v) distribución de la UPC destinada para cubrir el costo de las atenciones en cada componente de atención (primario y complementario) y por servicios de acuerdo a los riesgos en salud identificados en la caracterización poblacional.

6.6.5 Negociación y formalización de contratos.

La negociación y formalización de los contratos con la red de prestadores tiene como objetivo alcanzar las mejores condiciones de calidad y tarifas racionales y garantizar la prestación de los servicios a los afiliados.

De acuerdo al resultado del análisis de las características sociodemográficas y epidemiológicas de los afiliados del área geográfica en la que se desarrollará el contrato y la suficiencia de la red prestadora seleccionada, se establecerá la modalidad de contrato y mecanismo de pago más adecuados con cada uno de los prestadores, teniendo en cuenta las condiciones técnicas, administrativas y financieras necesarias para el desarrollo de la prestación de servicios a los afiliados según el PBS y el modelo de atención.

Una vez se definan las tarifas aplicables a la modalidad de contratación y mecanismo de pago escogidos, CAJACOPI EPS SAS realizará el cálculo del riesgo financiero para el prestador, cuyo resultado le comunicará formalmente, se establecerán las condiciones de calidad para el desarrollo del contrato y se concertarán las restantes condiciones contractuales que deberá contener la minuta, en concordancia con las responsabilidades asignadas por la Ley y los reglamentos a cada una de las partes.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 31 de 52

Para determinar el riesgo financiero por modelos de contratación es necesario:

- Analizar los datos históricos de frecuencias de uso de la población que va a ser objeto del contrato.
- Establecer la estructura de costos de la UPC.
- Comparar esta estructura con los recaudos y con la estructura de costos de otras EPS similares.
- Detectar desviaciones y con base en ellas definir el tipo de contrato más conveniente según el margen de riesgo.
- En caso de contratos por capitación y PGP, antes de formalizar el contrato, se debe informar al PSS las características epidemiológicas de los afiliados que se cubrirán, así como también el histórico de frecuencias de uso de dicha población, de manera que la IPS pueda direccionar las estrategias de atención en salud hacia las actividades priorizadas en el perfil de riesgo epidemiológico, concordante con el modelo de atención.

Para la formalización de los contratos o acuerdos de voluntades, CAJACOPI EPS SAS pondrá a consideración del PSS una minuta, la cual contendrá el clausulado general del contrato y una serie de anexos conformados por un primer anexo en el que se mantendrá actualizada la normatividad vigente aplicable a la contratación en el SGSSS en general y al objeto del contrato en particular y otros que se adaptarán a las situaciones particulares de resultados esperados, modalidad de contrato, mecanismo y forma de pago (Ver Anexos N° 3 en adelante).

6.6.6 Gestión de riesgos de lavados de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT).

CAJACOPI EPS SAS al ser una empresa vigilada y supervisada por la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de la normatividad existente, socializa e implementa el sistema de autocontrol y gestión del riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LA/FT/FPADM.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 32 de 52

6.7 ETAPA CONTRACTUAL.

6.7.1 Parametrización y socialización del contrato.

Una vez suscrito el contrato de prestación de servicios de salud o de suministro de medicamentos y/o tecnologías de servicios de salud, este debe ser inscrito y parametrizado debidamente en el sistema de información electrónico de la EPS y sus contenidos deben socializarse entre los interesados en su correcta ejecución, especialmente auditores y autorizadores de servicios de salud.

6.7.2 Operación, Seguimiento y evaluación a la ejecución de los contratos

El seguimiento a la ejecución de los contratos con la red de PSS y PTS es responsabilidad de las gerencias regionales y se hace de acuerdo con el procedimiento de operación, seguimiento y evaluación de la red, tiene como objetivo vigilar y controlar que la prestación de los servicios de salud se realice de acuerdo con lo estipulado en el contrato y con las normas técnicas científicas aplicables o de Ley. De esta gestión se generan:

- Recomendaciones y requerimientos al prestador para que adelante las adecuaciones necesarias en procura de dar cumplimiento a los términos estipulados en el contrato.
- Informes sobre hechos y circunstancias que ocasionen el incumplimiento parcial o total del contrato, para que se adopten las medidas pertinentes.
- Certificaciones y autorizaciones para que se hagan efectivos los pagos.

La evaluación y análisis se debe realizar sobre:

- El cumplimiento de especificaciones técnicas, administrativas, financieras y legales estipuladas en el contrato.
- El cumplimiento de condiciones de calidad que se estimen necesarias para evaluar los servicios prestados.
- Los soportes administrativos, financieros y legales que sustenten la adecuada ejecución del contrato.
- Los registros, documentos u otra información que permita evidenciar el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 33 de 52

6.7.3 Evaluación de la calidad.

CAJACOPI EPS SAS debe evaluar la calidad de la atención de los servicios prestados bajo tres dimensiones y de acuerdo con lo descrito en los procedimientos de **operación, seguimiento y evaluación de la red** y **Auditoría de calidad en salud**, el cual es responsabilidad de la Coordinación Nacional de Auditoría de Calidad en Salud y los auditores regionales de calidad en salud:

- **Calidad Técnica:** la calidad técnica se puede verificar por medio de la inspección y análisis de los informes de auditoría clínica realizados en la entidad durante un período dado.
- **Calidad Administrativa:** su verificación se puede hacer con la revisión de indicadores de integralidad, oportunidad y continuidad de la atención a través de las actas del comité técnico u otra instancia utilizada por la entidad para este tipo de evaluaciones.
- **Calidad Humana:** se verifica con la información y análisis de la información generada en la institución mediante evaluaciones de la satisfacción de los usuarios, el sistema de quejas y reclamos, los informes de reuniones de la Asociación o alianza de usuarios, del comité de ética hospitalaria y otros espacios donde participe la comunidad y se evalúe la satisfacción de los usuarios de los servicios.

Si no se encuentran evidencias de evaluaciones en la entidad o las existentes no son satisfactorias, se debe investigar sobre la calidad humana de la atención por medio de la inspección, observación directa y/o aplicación de encuestas a la totalidad o a una muestra de los usuarios ambulatorios y hospitalizados.

Por lo tanto, CAJACOPI EPS SAS deberá disponer de instrumentos permanentes para atender los reclamos o sugerencias de los afiliados en el municipio sede de la IPS contratada y en los municipios donde residan los afiliados involucrados en los contratos, con el fin de garantizar y exigir ante la IPS la adecuada atención. De igual manera las IPS deberán disponer de un mecanismo de atención al cliente con el mismo propósito.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 34 de 52

6.7.4 Indicadores de calidad.

Para el seguimiento de los acuerdos de voluntades se deberán incluir indicadores de estructura, proceso o resultado, con su respectiva ficha técnica, que den cuenta de:

- **La calidad de la atención:** Incluye la oportunidad en la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud, la accesibilidad en la atención, la seguridad del paciente y la experiencia en la atención al usuario, de conformidad con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
- **La gestión:** Incluye el uso de servicios y tecnologías en salud y recursos, así como los tiempos de facturación, radicación, devoluciones, glosas, cobro eficiente de cuotas moderadoras y copagos, gestión de respuesta, pagos, cartera, entre otros.
- **Los resultados en salud:** Incluye la intervención de riesgos en salud, el éxito terapéutico y la incidencia de complicaciones relacionadas con condiciones ya instauradas, eventos en salud, proceso de atención y otras relacionadas según el objeto del acuerdo de voluntades.

6.7.5 Auditoría.

El modelo de auditoría debe contemplar como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio que hacen parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud -SOGCS.

La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad -PAMEC- de cada uno de los agentes.

Los proveedores de tecnologías en salud que suscriban acuerdos de voluntades y realicen procesos de auditoría deberán acogerse a lo previsto en el presente artículo.

6.7.6 Auditoría de cuentas médicas.

La auditoría de las cuentas médicas se realizará con base en los soportes definidos con sujeción a los estándares establecidos en el

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 35 de 52

Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a los términos señalados en el trámite de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, y de acuerdo con la información reportada y validada en el Registro Individual de Prestaciones de Salud.

En el caso de que CAJACOPI EPS SAS decida contratar el proceso de auditoría de cuentas médicas con un tercero, éste deberá atender en su integridad lo establecido en el presente Manual y lo dispuesto en el acuerdo de voluntades suscrito por las partes, sin que haya lugar a exigir condiciones o requisitos adicionales a los pactados contractualmente o a los definidos en este Manual. La responsabilidad seguirá siendo de CAJACOPI EPS SAS.

6.7.7 Acceso a la historia clínica.

El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud deberá garantizar a CAJACOPI EPS SAS el acceso a la historia clínica del usuario a través de medios electrónicos o digitales, con el fin de facilitar los procesos de auditoría y seguimiento.

CAJACOPI EPS SAS, por su parte, cumplirá con las condiciones de seguridad adoptadas por el prestador o proveedor para la guarda y custodia de los datos personales y datos sensibles contenidos en esta. El tratamiento de los datos personales, en especial de los datos sensibles, se realizará con sujeción a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, la Ley 2015 de 2020, para lo cual adoptarán medidas de responsabilidad demostrada con el propósito de garantizar la veracidad, seguridad, confidencialidad, calidad, uso y circulación restringida de la información.

6.7.8 Monitoreo y evaluación de la nota técnica.

El acuerdo de voluntades debe incluir el monitoreo y la evaluación periódica de la nota técnica para determinar su cumplimiento o desviación en cuanto a población susceptible, frecuencias y valores, con el fin de determinar la necesidad de ajustes en los mismos, a través de mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica y cuáles serán estos mecanismos de ajuste, siendo responsabilidad de la Coordinación Nacional de Red de Servicios.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
Página 36 de 52			

Sin perjuicio de los adicionales que se pacten entre las partes, siempre se deberán contemplar estos mecanismos en los siguientes casos:

- Cuando por asignaciones la población aumente o disminuya.
- En caso de eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud.
- En el momento que se realicen ajustes en la red de prestación de servicios y provisión de tecnologías en salud por parte de CAJACOPI EPS SAS.
- Al existir cambios en la cobertura de los servicios y tecnologías de salud pactadas.
- Si durante la ejecución del acuerdo de voluntades se evidencia un perfil de morbilidad diferente al conocido al momento de suscribir el acuerdo y elaborar la nota técnica, atribuible a la deficiencia en la información de la caracterización poblacional.
- Si durante la ejecución del acuerdo de voluntades se evidencia un empeoramiento del perfil de morbilidad de la población sujeto, secundario a un evento imprevisible de afectación masiva fuera del alcance de la gestión del PSS o PTS.
- Cuando exista un incremento en la incidencia de condiciones crónicas o de alto costo, y la detección, diagnóstico y tratamiento de estas se hayan incluido bajo el mismo acuerdo de voluntades, la misma modalidad de pago y se haya pactado un solo valor de reconocimiento para todas las fases de atención.

Cuando en el marco de la ejecución del acuerdo de voluntades se realice actualización de la nota técnica, además de los elementos anteriores, se debe considerar el nivel de avance en los indicadores pactados en el acuerdo de voluntades que permita generar un reconocimiento al desempeño sobresaliente de PSS y PTS. El mecanismo debe incluir uno o varios ponderadores que afecten de forma global o parcial el resultado de la nota técnica, sin perjuicio de los incentivos que se pacten.

6.7.9 Cotización de servicios o tecnologías de salud.

Excepcionalmente puede requerirse una cotización a precios de

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 37 de 52

mercado de un servicio o tecnología de salud no contratado con la red de PSS o PTS de CAJACOPI EPS SAS, la cual deberá ser realizada directamente entre la EPS y el PSS o PTS, sin afectar los términos establecidos para el trámite de respuestas de autorización definidos en el presente Manual. En ningún caso se podrá trasladar al paciente o a su acudiente el trámite de cotizaciones o documento que haga sus veces, para obtener la autorización de servicios por parte de esta.

6.7.10 Tiempos frente a situaciones imprevisibles.

En caso de eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud, así como los procedimientos y tiempos definidos en el presente Manual, se deberán realizar los ajustes pertinentes en los acuerdos de voluntades, conforme a los lineamientos y normativa expedida por el MSPS, tratándose de un suceso del orden nacional o la Entidad Territorial donde el evento se presente, si es de carácter local.

6.7.11 Responsabilidades de las partes

6.7.11.1 De la EPS

Cualquiera que sea la modalidad de contratación y mecanismo de pago convenidos, las responsabilidades de CAJACOPI EPS SAS serán las que se enuncian a continuación:

- Evaluar y hacer seguimiento al cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios prestados por las IPS/ESE a sus afiliados.
- Entregar y actualizar a la IPS/ESE la información sociodemográfica y epidemiológica de la población objeto del acuerdo de voluntades.
- Entregar a la IPS/ESE el modelo de atención definido para la población, de acuerdo con su perfil de riesgos en salud.
- Ofrecer un Sistema de información adecuado que permita mantener informados a los afiliados sobre las opciones que tienen para ser atendidos dentro de su red de servicios, sobre sus obligaciones, deberes y derechos durante su permanencia en la institución.
- Garantizar un adecuado, oportuno y eficiente sistema de

remisión y contra remisión de pacientes, entre los diferentes prestadores que conforman su red integral.

- Suministrar el listado actualizado de afiliados asignados con derechos a los servicios, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes o garantizar la disponibilidad de una base de datos en línea para su consulta electrónica.
- Informar a la IPS/ESE respecto a las normas técnicas y administrativas a las que deben sujetarse en referencia al SOGC del SGSSS, a los procedimientos, procesos administrativos y presentación de los informes clínicos, estadísticos y financieros y al sistema de referencia y contrarreferencia.
- Suministrar los indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la calidad del SOGC del SGSSS.
- Realizar los pagos a las IPS/ESE por las cuentas generadas por los servicios prestados, según las tarifas convenidas y en los términos y plazos pactados, en tanto la IPS/ESE cumpla con las obligaciones contractuales.
- Garantizar la suficiencia de la red de servicios para las atenciones de mayor complejidad, contemplados en el PBS, suministrando a la IPS/ESE una lista de instituciones con las cuales CAJACOPI EPS SAS tiene contrato, indicando el nombre, ubicación y nivel de complejidad, de forma que se garantice la accesibilidad, oportunidad, integralidad y continuidad de la prestación de los servicios de salud a la población cubierta por el contrato.
- Verificar que el prestador presente los registros individuales de prestación de servicios de salud, las epicrisis y las facturas de acuerdo con la normatividad vigente aplicable.
- Consolidar y analizar la información reportada por las IPS/ESE a través de los RIPS y retroalimentar a las IPS con su resultado.
- Disponer de un mecanismo de atención al afiliado, para atender las quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de los afiliados usuarios de los servicios contratados.
- Enviar y socializar el Manual de Referencia y Contrarreferencia que involucra las normas operacionales,

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 39 de 52

el sistema de información y los recursos requeridos para la operación de la red.

- Las demás que se pacten en el acuerdo de voluntades.

6.7.11.2 Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud - PSS

- Enviar a la EPS el Modelo de Prestación de servicios que defina para la atención de los usuarios cubiertos por el contrato, de acuerdo con su perfil sociodemográfico, epidemiológico y de determinantes sociales de la salud.
- Prestar los servicios de salud pactados en el convenio respectivo, en las instalaciones que fueron ofrecidas, a los afiliados a CAJACOPI EPS SAS debidamente identificados y acreditados.
- Prestar los servicios de atención de urgencias independientemente de la acreditación oportuna de la calidad de afiliados, ya que no puede exigirse ningún tipo de condición al paciente para que le sea brindada dicha atención. En este sentido es necesario establecer en el contrato que el asegurador no exigirá de los prestadores el cumplimiento de requisitos o trámites que eventualmente puedan conducir a un condicionante del servicio de urgencias.
- Prestar los servicios observando todas las normas legales y de ética médica y los parámetros que se establece el SOGC del SGSSS en salud contempladas en la normatividad vigente aplicable.
- Soportar la suficiencia estimada para prestar los servicios a contratar, a partir de la capacidad instalada y resolutive de la institución, frente a las condiciones sociodemográficas, epidemiológicas y de determinantes sociales de la salud de la población que va a ser atendida.
- Prestar de forma eficiente, permanente y oportuna los servicios definidos en el contrato a los afiliados asegurados por CAJACOPI EPS SAS, debidamente identificados y presentes en el listado que CAJACOPI EPS SAS entregará previamente o en la base de datos de consulta en línea.
- Efectuar los ajustes institucionales necesarios para poder

responder a las condiciones de la demanda de servicios de salud de la población afiliada, bajo criterios de calidad, oportunidad y equidad.

- Elaborar y radicar las cuentas generadas por la atención de los usuarios, de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades y la normatividad vigente aplicable.
- Entregar los RIPS como soporte de información de la atención en forma sistemática y rutinaria, de acuerdo con los contenidos mínimos de datos establecidos en la normatividad vigente aplicable.
- Desarrollar y aplicar el Sistema de Información previsto en la normatividad vigente aplicable, de forma que permitan efectuar de forma ágil el seguimiento, control y evaluación de las actividades, procedimientos e intervenciones realizadas a los afiliados a CAJACOPI EPS SAS durante el proceso de atención en salud.
- Atender a los afiliados sin hacer ningún tipo de discriminación de género, edad, etnia, religión o afiliación política.
- Constituir una póliza de responsabilidad civil extracontractual y otra de responsabilidad médica, en atención a las condiciones tecnológicas y operativas de la Institución, con vigencia por un término igual al de la duración del contrato y cuatro (4) meses más.
- Garantizar el diligenciamiento, archivo y protección adecuada de los registros clínicos de los afiliados a CAJACOPI EPS SAS atendidos, según lo estipulado en la normatividad vigente aplicable.
- Garantizar la operación adecuada del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.
- Garantizar el cumplimiento permanente de las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios según la normatividad vigente aplicable.
- Cumplir con el objeto del contrato siguiendo los principios de racionalización del recurso humano, tecnológico y científico y de la ética profesional, de acuerdo con los protocolos de manejo y guías de atención.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 41 de 52

- Garantizar el cumplimiento de los protocolos de manejo de patologías, en aras de lograr la disminución de la variabilidad de la atención, la pertinencia y eficacia de los tratamientos correspondientes y la racionalidad del recurso humano, tecnológico y financiero.
- Prestar los servicios de salud con plena autonomía científica, técnica y administrativa.
- Para la prescripción de medicamentos el prestador deberá dar cumplimiento a lo siguiente:
 - Toda formulación deberá quedar soportada en la Historia Clínica del paciente.
- La formulación deberá realizarse siempre en un formato reimpreso de la institución, en original y al menos una copia.
- Diligenciar en su totalidad los datos de identificación del afiliado, fecha y firma con registro del médico que prescribe.
- Las prescripciones de medicamentos se harán siempre en su formulación genérica y la posología y duración del tratamiento deberán concordar con lo recomendado en los protocolos de manejo y guías de atención.
- La IPS permitirá la práctica de auditorías médicas y de calidad por parte de CAJACOPI EPS SAS, según las disposiciones contenidas en la normatividad vigente aplicable.

Para contratos suscritos bajo el mecanismo de pago por capitación, se debe tener en cuenta adicionalmente:

- Ejecutar el valor del contrato en las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de salud pública estipuladas en las matrices de programación de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud y en cumplimiento de la normatividad vigente aplicable.
- Programar de manera coordinada con CAJACOPI EPS SAS las atenciones extramurales a realizarse en el área rural y

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 42 de 52

rural dispersa del municipio.

- Abstenerse de cobrar al afiliado ninguna suma adicional por la prestación de los servicios contenidos en el PBS, exceptuando lo establecido en la normatividad vigente aplicable.
- Remitir los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el SIC del SOGC del SGSSS.
- Las demás que se pacten en el contrato.

6.8 REPORTES DE INFORMACIÓN.

6.8.1 Obligatoriedad del reporte de información.

Se deberá reportar la información que el MSPS defina en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial – SIIFA respecto a la relación contractual, facturación, giros y demás aspectos que surjan del relacionamiento entre las partes. Así como lo que el Ministerio determine respecto a la RIPSS a la que pertenecen los PSS y la interacción y articulación de los PTS en estas.

Cuando se suscriba un acuerdo de voluntades, se reportará en el módulo de REPS lo pertinente, así como las novedades de que trata el artículo 13 de la Resolución 1441 de 2016 o la que la modifique, adicione o derogue que se presenten con respecto al mismo.

6.8.2 Comunicación a los usuarios de la información sobre atenciones en salud recibidas.

En el marco de la rendición de cuentas y de manera complementaria, se dispondrá anualmente a los usuarios la información del monto total de recursos destinados a la atención en salud de la vigencia anterior, que contenga como mínimo lo siguiente:

- Monto total destinado a atención de urgencias relacionado con el número de personas atendidas.
- Monto total destinado a internación relacionado con el número de personas atendidas.
- Monto total destinado a acciones para la promoción y el mantenimiento de la salud relacionado con el número de personas atendidas.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 43 de 52

Esta información se reportará en el primer trimestre de cada anualidad y dispuesta a los usuarios de conformidad con los canales de atención definidos en la normatividad vigente aplicable en la materia.

6.8.3 Control.

Durante la gestión de los contratos se debe verificar igualmente que se estén realizando los pagos oportunos a los prestadores de servicios de salud de la red y de esta manera evitar la suspensión forzosa de servicios a los afiliados, como consecuencia de retrasos en los pagos.

El control sobre los prestadores se realiza en dos etapas:

- **Control Precontractual:** en esta etapa el control se hace sobre quienes presentan propuestas, con el fin de verificar que quien aspira a ser contratista no incurra en causales de inhabilidad o incompatibilidad y cumpla con los requisitos de experiencia, capacidad técnica, organizacional y financiera establecidos.
- **Control durante la ejecución del contrato:** este control lo ejerce CAJACOPI EPS SAS a través de la evaluación, seguimiento y control a cada uno de los prestadores, la cual se efectúa desde el inicio de la ejecución del contrato hasta la terminación de este.

En cuanto a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos se debe evaluar continuamente los procedimientos de entrega, almacenamiento y dispensación y analizar su desempeño con base en mediciones de la satisfacción de los usuarios.

Para garantizar la correcta y completa realización de las actividades establecidas en este proceso, así como el cumplimiento de sus objetivos, CAJACOPI EPS SAS asignará un funcionario como Supervisor de cada contrato de prestación de servicios y suministro de tecnologías de salud que suscriba, el cual deberá generar un informe mensual del resultado de su labor.

6.9 ETAPA POST-CONTRACTUAL

6.9.1 Liquidación de contratos de la red prestadora

La liquidación tiene como fin declarar a paz y salvo las partes por las

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 44 de 52

obligaciones contraídas dentro de la relación contractual.

Para garantizar que la liquidación se realiza en los términos establecidos en la normatividad vigente, CAJACOPI EPS SAS debe elaborar un plan de liquidación de contratos, de tal forma que 30 días anteriores a la liquidación del contrato se vaya recopilando la información correspondiente a valores pagados, valores pendientes de pago, informes de auditoría de cuentas médicas, informes de gestión, etc., que hagan posible la rápida liquidación de los contratos.

La liquidación de los contratos se da por terminada una vez la IPS le expida el certificado de Paz y Salvo a CAJACOPI EPS SAS.

6.9.2 Comité Primario de Redes de Servicios de Salud

Este comité tiene la responsabilidad de realizar análisis de las necesidades de contratación de servicios y del desempeño de la red de prestadores de servicios de salud con el fin de formular recomendaciones al Comité Primario de Contratación pertinentes para la conformación, mantenimiento y/o renovación de la red de servicios de salud de CAJACOPI EPS SAS.

A este comité podrán ser invitados un trabajador o un consultor externo cuando se requiera.

6.10 PROCESO DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS

Otro aspecto para estimar es el correspondiente a la calidad y suficiencia de la red de proveedores de tecnologías en salud (medicamentos, dispositivos médicos e insumos). CAJACOPI EPS SAS garantizará la disponibilidad y dispensación de medicamentos a sus afiliados de acuerdo con lo establecido en el PBS, a través de los contratos suscritos con los diferentes proveedores y distribuidores.

6.10.1 Valoración de las necesidades

Se realiza con el fin de garantizar la compra de medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios en el momento oportuno y con criterios técnicos de calidad, economía e idoneidad.

Esta valoración de necesidades se efectúa a partir del análisis de los

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD			
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD			
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02	Página 45 de 52

consumos históricos, en donde se identifica el tipo, la cantidad, tiempo de adquisición y la duración de dicha adquisición.

Una vez identificadas las necesidades se elabora el plan, en donde se identifica el precio aproximado de cada insumo y con base en esto se obtiene el presupuesto de adquisiciones en coordinación con el área financiera la cual asigna los recursos disponibles para su adquisición.

Conocido el tipo y cantidad de medicamentos, dispositivos médicos e insumos que son requeridos, es responsabilidad del Comité de Compras la identificación de los proveedores para cada uno de esos insumos.

6.10.2 Selección de proveedores de medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Atendiendo al listado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se procede a la identificación de los proveedores y a la selección de los productos comerciales que van a adquirirse. Los distribuidores deben garantizar que los productos cumplan con los criterios básicos de calidad y cumplimiento, tales como:

- **Registro sanitario:** cada uno de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos que adquieren deben contar con el Registro Sanitario correspondiente del Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA, de acuerdo con lo regulado mediante Decreto 677 de 1995. No se aceptan medicamentos con registro sanitario provisional.
- **Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura:** expedido por el INVIMA, en el que conste que el área de producción correspondiente a cada uno de los productos cumple con las regulaciones técnicas vigentes. También debe contar con información sobre los análisis de laboratorio de los productos que haya realizado el INVIMA en los últimos cinco años.

6.10.3 Plan de compras

Las decisiones de contratación son tomadas por una instancia colectiva y técnicamente capacitada. El comité Primario de contratación debe aplicar para este caso las políticas técnicas y

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 46 de 52

comerciales de adquisición. Debe trabajar siempre sobre la base del listado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos adoptada y no salirse de los proveedores oficialmente seleccionados.

El comité estudia las necesidades y propuestas de adquisición: proveedor, cantidad y plazo de entrega y junto con el área financiera revisa la disponibilidad presupuestal y autoriza la elaboración de las órdenes de compra.

6.10.4 Contratación de proveedores de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

En el contrato deberán establecerse, como mínimo, las siguientes estipulaciones:

- Fecha.
- Lugar de entrega.
- Objeto, incluyendo las especificaciones técnicas; si se trata de un medicamento o elemento médico-quirúrgico deberá indicarse el nombre en genérico –y el nombre comercial si lo tuviere- la forma farmacéutica, concentración, presentación, cantidad, especificaciones del envase, empaque y embalaje; las normas de calidad que debe cumplir el producto, condiciones de almacenamiento, vida útil, fecha y plazos de entrega, sanciones en caso de incumplimiento, etc.
- Plazo o término de duración del contrato.
- Valor: precio unitario pactado y precio total.
- Terminación anticipada, sanciones, garantía.
- Las demás que permitan garantizar la entrega de los productos.
- El contrato o la orden de compra se perfecciona al firmar el documento escrito por ambas partes, para su ejecución se requiere la aprobación de la garantía ofrecida por el contratista y el registro presupuestal que respalda la compra. Además de lo anterior a cada distribuidor se le exigirá, como mínimo, la siguiente documentación:
 - Certificado de Existencia legal de la empresa.
 - Domicilio cierto de la misma.
 - Acreditación de su naturaleza de fabricante o distribuidor autorizado.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 47 de 52

- Referencias comerciales de entidades hospitalarias reconocidas a las cuales el proveedor venda actualmente sus productos.
- Autorización del fabricante para la distribución como garantía de la legalidad del producto.

6.11 ASPECTOS VARIOS

6.11.1 Cartas de intención

Las cartas de intención son documentos preliminares a la celebración del contrato, en donde una de las partes expone libremente y, en principio, sin intención de obligarse, puntos que se deben tener en cuenta para iniciar acercamientos y llevar las negociaciones a un acuerdo definitivo.

Estas cartas de intención son tratos preliminares o tratativas que, a pesar de no estar expresamente contempladas en la legislación colombiana, se pueden interpretar conforme a las normas del Código de Comercio y el Código Civil que abordan la forma de proceder en el periodo precontractual.

El artículo 863 del Código de Comercio, por ejemplo, establece que “las partes deberán proceder de buena fe exenta de culpa en el período precontractual, so pena de indemnizar los perjuicios que se causen”. Por su parte, el artículo 1282 del Código Civil dispone que los actos y documentos emitidos en la etapa precontractual servirán para analizar la intención de los contratantes. Según la norma, “para juzgar la intención de los contratantes, deberá atenderse principalmente a los actos de éstos, coetáneos y posteriores al contrato”.

Si bien las cartas de intención pueden contener disposiciones de carácter vinculante y no vinculante, generalmente las expedidas en los procesos de contratación del SGSSS corresponden a estas últimas, y puesto que las cláusulas no vinculantes se consideran como tratativas y se encuentran amparadas bajo una manifestación expresa de no vinculación (“subject to contract, non binding rule”), ni el emisor de la carta de intención ni su receptor comprometen su derecho de retracto y la libertad de celebrar o no el acuerdo definitivo. Es por esto por lo que su uso debe restringirse al periodo precontractual y en ningún caso ser tomadas como reemplazantes u homólogas de los contratos o acuerdos de voluntades.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 48 de 52

6.11.2 Gestión del reaseguro.

Siguiendo los lineamientos del artículo 19 de la Ley 1122 del 2007, con respecto a la gestión del reaseguro, CAJACOPI EPS SAS ha decidido asumir el riesgo financiero derivado de la gestión de alto costo por lo anterior no adquiere póliza de reaseguro.

6.11.3 Inhabilidades e incompatibilidades.

Además de las Inhabilidades especialmente las consagradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las consagradas en la Constitución Política y en las Leyes, y las de Código de Conducta y de Buen Gobierno de CAJACOPI EPS SAS, se aplicarán en cualquier proceso de selección de proveedores con CAJACOPI EPS SAS las siguientes:

- Los colaboradores de CAJACOPI EPS SAS en lo particular y en general los empleados de cualquier empresa donde ésta tenga participación mayoritaria.
- Quienes sean cónyuges o compañeros permanentes y quienes tengan vínculos de parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo de afinidad o primero civil con cualquier otra persona que formalmente haya presentado propuesta para una misma convocatoria o invitación privada.
- Las sociedades en las cuales el representante legal o cualquiera de sus socios sea cónyuge o compañero permanente o tenga parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con el representante legal o con cualquiera de los socios de una sociedad que formalmente haya presentado propuesta, para una misma convocatoria, o invitación privada.
- Los socios de compañías a las cuales se les haya terminado un contrato por incumplimiento, así como aquellas sociedades, uniones temporales, consorcios, o entidades sin ánimo de lucro, de las que llegasen a formar parte con posterioridad a dicha terminación, hasta por un periodo de tres (3) años. Excepcionalmente el Comité de Red evaluará los casos en los cuales para garantizar la necesidad del servicio se requiera

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 49 de 52

contratar con alguna de estas personas y de ser necesario elevará consulta al Comité Nacional de Contratación para definir la situación frente al mismo.

- Los representantes legales o administradores de sociedades con los cuales se haya terminado un contrato celebrado con CAJACOPI EPS SAS, por incumplimiento o por causas atribuibles a su gestión.
- Quienes fueron miembros de la Junta Directiva o empleados de CAJACOPI EPS SAS. Esta inhabilidad sólo comprende a quienes desempeñaron los siguientes cargos: Gerente General, jefes de Oficina, Subgerentes Nacionales, Gerentes Regionales y Coordinadores Nacionales y se extiende por el término de un (1) año, contado a partir de la fecha del retiro.
- Las personas que sean cónyuges o compañeros permanentes o tengan vínculos de parentesco, hasta el tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con los miembros en ejercicio de la Junta Directiva, asesores externos y empleados que desempeñan los siguientes cargos: Gerente General, jefes de Oficina, Subgerentes Nacionales, Gerentes Regionales y Coordinadores Nacionales.

Además, si llegare a sobrevenir inhabilidad e incompatibilidad en el contratista, éste cederá el contrato previa autorización escrita de la empresa, o, si ello no fuere posible renunciará a su ejecución, previa aprobación de CAJACOPI EPS SAS. En caso de que ello no ocurra podrá darse por terminado el contrato.

Cuando la inhabilidad e incompatibilidad sobrevenga en un proponente que sea seleccionado dentro de una invitación privada o pública, entenderá que renuncia a la participación en el proceso de selección y a los derechos surgidos del mismo.

Finalmente, si la inhabilidad o incompatibilidad sobreviene en uno de los miembros de un consorcio o unión temporal, éste cederá su participación a un tercero, previa Autorización escrita de CAJACOPI EPS SAS. En ningún caso, podrá haber cesión del contrato entre quienes integran el consorcio o unión temporal.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
			Página 50 de 52

6.12 AUTOCONTROL DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN Y GESTIÓN CONTRACTUAL

El modelo de autocontrol de los procesos de contratación y gestión contractual se soporta en:

- El cumplimiento de los procedimientos normalizados y los estándares de calidad definidos. Dado que la Calidad en estos procesos depende en forma crítica del logro de sus objetivos, los estándares implican mediciones de eficacia.
- Aseguramiento de la idoneidad, transparencia e independencia de los conformantes del Comité Primario de Contratación.
- Vinculación y mantenimiento de recurso humano idóneo y comprometido con los objetivos y metas de calidad de nuestra entidad.

Autocontrol mediante el ciclo PHVA, que implica planear, hacer, verificar y actuar según lo encontrado. Para que los procesos de contratación y gestión contractual de prestadores de servicios y proveedores de tecnologías de salud se lleve a cabo con la eficacia que se requiere, se debe implementar el modelo de autocontrol a lo largo de sus diferentes etapas.

7. REFERENCIAS

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 del 2001
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1231 de 2008
- Ley 1438 del 2011
- Ley 1437 de 2011
- Ley 1564 de 2012
- Ley 1751 de 2015
- Ley 1955 de 2019
- Ley 1966 de 2019
- Decreto 410 de 1971
- Decreto 624 de 1989.
- Decreto 1281 de 2002
- Decreto 3260 del 2002
- Decreto 050 de 2003
- Decreto 1011 de 2006
- Decreto 780 de 2016
- Decreto 682 de 2018.

	GESTIÓN DE REDES DE PRESTADORES DE SALUD		
	MANUAL DE PLANEACIÓN, CONFORMACIÓN, CONTRATACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
	Código: RP-MA-05	Fecha: junio 2023	Versión: 02
Página 51 de 52			

- Decreto 441 de 2022.
- Resolución 5261 de 1994.
- Resolución 2002 de 1997.
- Resolución 3047 del 2008.
- Resolución 416 de enero del 2009.
- Resolución 2320 del 2011.
- Resolución 4331 del 2012.
- Resolución 4505 de diciembre del 2012.
- Resolución 1841 de 2013.
- Resolución 1536 de 2015.
- Resolución 0256 de 2016.
- Resolución 1441 de 2016
- Resolución 3202 de 2016
- Resolución 4622 de 2016
- Resolución 3280 de 2018.
- Resolución 0276 de 2019
- Resolución 2626 de 2019
- Resolución 3495 de 2019
- Resolución 2481 de 2020
- Resolución 2503 de 2020
- Sentencia T-760 del 2008
- Acuerdo 260 de 2004
- Acuerdo 415 del 2009

8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	Febrero 2023.	Emisión del documento, aprobado en Junta Directiva en acta número 03 de febrero de 2023.
02	Junio 2023.	Se Cambio el tipo de documento de Otros a Manual, se Agregó el alcance y las responsabilidades, aprobado en junta Directiva en acta número 05 de junio de 2023.

9. CONTROL DE REGISTROS

NOMBRE DEL FORMATO	CÓDIGO	QUIÉN LO UTILIZA	QUIÉN LO ARCHIVA	DÓNDE SE ARCHIVA	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL
Formato Preliminar de Red	RP-FR-48	Jefe de Oficina de Contratación. Coordinador Nacional de Red de Servicios.	Asistente Nacional de Contratación.	Archivo de Gestión (Nacional).	2 años.	Backup.

Formato de Selección de Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías en Salud	RP-FR-20	Jefe de Oficina de Contratación. Coordinador Nacional de Red de Servicios. Coordinador Nacional de Auditoría de Calidad en Salud. Gerente Regional.	Asistente Nacional de Contratación.	Archivo de Gestión (Nacional).	2 años.	Backup.
---	----------	--	-------------------------------------	--------------------------------	---------	---------