



PLIEGOS DE CONDICIONES

**CONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LOS AFILIADOS AL
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y SUS
BENEFICIARIOS EN LA REGION 8**

CONVOCATORIA PÚBLICA - SELECCIÓN ABREVIADA No. 003 de 2008

ANEXO 8

COMPONENTE ADMINISTRATIVO

Bogotá, Diciembre de 2008

CONTENIDO

1. SISTEMA DE INFORMACIÓN	1
1.1. OBLIGACIONES NORMATIVAS	1
1.2. BASE DE DATOS	2
1.2.1. REPORTE DE NOVEDADES.	3
1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL	3
1.3.1. REPORTE DE INFORMACIÓN	3
1.3.2. INFORMACIÓN ASISTENCIAL	3
1.3.3. PLAZOS Y PERIODICIDAD	4
1.4. HISTORIAS CLÍNICAS	5
1.5. FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE SALUD ORAL	6
1.6. CARNETIZACIÓN	7
2. FACTURACIÓN	7
2.1. FACTURACIÓN Y RECONOCIMIENTO	7
2.2. FACTURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ESPECIALES	8
2.3. PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE ACTIVIDADES ESPECIALES	9
2.3.1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y SALUD OCUPACIONAL	9
2.4. REEMBOLSOS	10
2.4.1. CASOS DE URGENCIAS VITALES	10
2.4.2. CASOS DE DEFICIENCIAS O NO PRESTACIÓN OPORTUNA DE SERVICIOS	10
2.4.3. CASOS DE MEDICAMENTOS NO COMERCIALIZADOS EN COLOMBIA	11
2.4.4. CASOS DE MEDICAMENTOS PENDIENTES PARA REEMBOLSAR A LOS AFILIADOS AL FNPSM Y SUS BENEFICIARIOS	11
2.5. COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS	11
3. INCAPACIDADES	12
3.1. DEFINICIÓN	12

3.2. TIPOS DE INCAPACIDADES	12
3.3. COMPETENCIAS DEL CONTRATISTA MÉDICO	12
3.4. COMPETENCIAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN	13
3.5. COMPETENCIAS DE FIDUPREVISORA S.A.	14
4. TRANSICIÓN CONTRACTUAL, PROCESO DE EMPALME	14
<hr/>	
4.1. ASPECTOS GENERALES	14
4.1.1. ENTREGA DE LISTADOS E HISTORIAS CLÍNICAS DE CASOS ESPECIALES	15
4.2. ASPECTOS ESPECÍFICOS	16
4.2.1. MANEJO DE PATOLOGÍAS	16

ANEXO 8 COMPONENTE ADMINISTRATIVO

1.SISTEMA DE INFORMACIÓN

1.1.OBLIGACIONES NORMATIVAS

El contratista debe implementar un sistema de información interno que le permita la recolección de datos válidos y confiables, sobre las variables demográficas de la población, con especial énfasis en su identificación y las características de la atención de las personas que le permita la transformación de los datos en información útil.

El sistema de información debe contemplar los aspectos de población, recursos, oferta (en especial relacionado con la red de servicios y capacidad instalada), demanda de servicios de salud y uso de servicios, información estratégica y administración del sistema de información. Este sistema se debe contemplar el sistema de información para la calidad el cual está monitoreado a través de indicadores.

Esta información debe permitirle identificar y cuantificar los problemas de salud con un enfoque de riesgo, sus factores relacionados, controlar la eficacia de las decisiones y acciones de salud, la eficiencia de los recursos, evaluar el impacto que sobre los mismos puedan tener dichas decisiones y monitorizar el desempeño de los servicios de salud y su calidad a través de indicadores.

El sistema de información deberá cumplir como mínimo, los requerimientos que en esta materia exijan el Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y otras entidades estatales, así como las solicitudes expresamente por FIDUPREVISORA S.A., para tal efecto, deberá enviar información impresa y en medio magnético, según especificaciones que se encuentran en el Manual de diligenciamiento de los formatos del Sistema de Información diseñados por FIDUPREVISORA S.A.

La Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) garantizará la gestión y resultados en los procesos de registro, reporte, actualización, validación, organización, administración y transferencia de datos, con este propósito la IPS identificará, propondrá, diseñará y desarrollará las actividades necesarias y suficientes, utilizando los lineamientos, mecanismos e instrumentos establecidos por el FIDUPREVISORA S.A..

La IPS utilizar las herramientas de validación de los datos de acuerdo con los lineamientos y procedimientos y herramientas generales definidos por el FIDUPREVISORA S.A.

1.2.BASE DE DATOS

FIDUPREVISORA S.A. suministrara al adjudicatario la base de datos inicial, la cual contendrá la información de los docentes afiliados que lo seleccionaron o que le fueron asignados por FIDUPREVISORA S.A...

El contratista deberá realizar la actualización, mantenimiento y depuración de la base de datos de los beneficiarios de los docentes del Magisterio de su región, describiendo el mecanismo que le permita incluir las novedades y el perfil de estos según variables de edad, sexo, tipo de usuario, municipio y características departamentales. Sobre estos datos y los aportados por FIDUPREVISORA S.A. en la base de datos de cotizantes, debe elaborar los informes sobre los perfiles demográficos de usuarios y programas específicos de promoción, prevención o asistenciales según lo determinen estas características. Esta información debe ser reportada por cada contratista a las entidades a través de las cuales prestan los servicios dentro de los 5 primeros días de cada mes.

FIDUPREVISORA S.A. garantizara que la información de los nuevos cotizantes que sean referidos al contratista durante la ejecución del contrato, denominadas novedades, será en todos los casos de total calidad conteniendo la información útil y necesaria para el contratista como son la edad (fecha de nacimiento), sexo, municipio de residencia, para de esta manera ser incorporado de manera adecuada en la base de datos.

El contratista debe establecer un mecanismo de inscripción de beneficiarios y de validación de los que en la actualidad están inscritos y tienen servicios. Igualmente debe divulgar los mecanismos de inscripción de beneficiarios.

Velará por la integridad de la base de datos y su coherencia con la cobertura de los beneficiarios, por lo tanto debe proveerse o contar con mecanismos que aseguren la identificación y detección de un beneficiario sin cobertura.

El contratista debe entregar la base de datos debidamente actualizada los primeros cinco (5) días de cada mes a su red de prestadores, con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios objeto del contrato.

El cruce de base de datos se hará con fundamento a lo establecido en la Resolución 812 de 2007, y las demás que implemente FIDUPREVISORA S.A.

El contratista deberá generar una base de datos, con la estructura y plataforma tecnológica ajustada a las exigencias de FIDUPREVISORA S.A. Dicha base de datos debe ser remitida mensualmente a FIDUPREVISORA S.A. y sobre la cual se efectuará el cruce de afiliados para el pago respectivo.

1.2.1.Reporte de Novedades.

El proponente al cual le sea adjudicado el contrato deberá generar un archivo plano .txt con las novedades que se generaron durante el mes, entendiendo por novedades los ingresos de docentes que no se encuentran reportados en la base de datos y los retiros de los docentes. Dicho archivo debe ser remitido dentro de los diez (10) primeros días comunes de cada mes, a FIDUPREVISORA S.A. y sobre ella se efectuará el cruce de afiliados para el pago respectivo.

Los cambios en la base de datos comprenden las novedades de ingresos de nuevos usuarios y la salida del sistema de otros, con el fin de que FIDUPREVISORA S.A. efectúe los correspondientes ajustes para el pago.

1.3.SISTEMA DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL

Con el fin de respaldar la gestión administrativa y el proceso de atención, así como dar respuesta a los requerimientos del Ministerio de Protección Social, el contratista establecerá los mecanismos para el registro de los datos así como la consolidación, procesamiento, análisis y emisión de la información en salud.

1.3.1.Reporte de información

La información en salud debe cubrir aspectos relativos a las características y condiciones de salud de la población usuaria, a las actividades de los programas, a la utilización de los servicios y recursos, y a la eficacia y costos de las actividades.

1.3.2.Información asistencial

El contratista suministrará mensualmente, o con la periodicidad que se determine los datos estadísticos solicitados por FIDUPREVISORA S.A., ajustado a los formatos y especificaciones definidas por ésta. La información que fluya del contratista hacia el Comité Regional o FIDUPREVISORA S.A., deberá estar soportada adecuadamente en aplicación de sistemas.

El sistema de información asistencial del contratista contemplará, para las regiones objeto de la presente invitación los indicadores estadísticos, de frecuencia de uso y financieros que FIDUPREVISORA S.A. establezca, independientes a los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), solicitados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Igualmente el contratista debe integrar los resultados por región de las variables relacionadas con la demanda de servicios, en especial el estado de salud de la población objeto en relación con las variables socio-demográficas (perfil epidemiológico); las variables de oferta con énfasis en lo relacionado con

los servicios prestados, las acciones en salud desarrolladas, los programas implementados y los resultado de los procesos, expresados a través de indicadores, obteniendo un panorama general de la región recomendando acciones dirigidas a impactar positivamente en la situación de salud de la población.

Para el reporte de la morbilidad y la mortalidad se utilizará la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 de las causas y los códigos de procedimientos y especialidades específicamente señalados por el Ministerio de Protección Social en su normatividad.

El modelo para el reporte de la información técnica y financiera, su periodicidad así como los contenidos básicos serán definidos por la Gerencia de Servicios en Salud de FIDUPREVISORA S.A. y son de obligatorio cumplimiento por parte del contratista.

Los formatos de monitoreo estadístico serán entregados al contratista por FIDUPREVISORA S.A... La información debe ser enviada a FIDUPREVISORA S.A. mensualmente, trimestralmente, semestral o anualmente según periodicidad solicitada, tanto en medio impreso como en magnético y según especificaciones técnicas. Semestralmente se debe enviar los perfiles epidemiológicos de la población, incluyendo un análisis financiero y de las frecuencias de uso y de acciones a desarrollar acordes con la información obtenida.

Estos informes no excluyen el reporte mensual de los RIPS que son de carácter obligatorio y que deben ser entregados en medio magnético, condensados, según especificaciones y normas que el Ministerio de Protección Social por el cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud de las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados y las pautas que para el efecto elabore FIDUPREVISORA S.A.

El contratista con los parámetros preestablecidos, realizará la condensación de la información de los RIPS producidos por sus diferentes IPS y la enviará a FIDUPREVISORA S.A. quién realizará el condensado Nacional para enviar al Ministerio de Protección Social. FIDUPREVISORA S.A. podrá solicitar discriminación o análisis particulares de los RIPS.

1.3.3.Plazos y periodicidad

El contratista enviará a FIDUPREVISORA S.A. la información solicitada en los plazos y periodicidad determinados así:

Información de la demanda de servicios de salud

- ✓ Análisis demográfico: Compuesto por datos, indicadores y perfiles de la población objeto, debidamente analizados. Envió semestral.

- ✓ Análisis de la situación de salud de la población: Conteniendo los componentes de morbilidad, mortalidad, indicadores, entre otros. Envío mensual con los FIAS y en condensados trimestrales y semestrales.
- ✓ Análisis de poblaciones especiales: Incluirá el análisis específico de las patologías crónicas objeto de programas y de la morbilidad por alto costo; igualmente el análisis del consumo de medicamentos de alto costo, en forma de mensual.
- ✓ Informe de la ejecución de actividades de promoción y prevención, salud ocupacional, alto costo y del plan de atención en salud del magisterio, en forma mensual.

Información de la oferta de servicios de salud

- ✓ Frecuencias de uso de los servicios de salud deberán ser informados mensualmente y en condensados trimestrales y semestrales.
- ✓ Información de los indicadores de procesos clínicos y administrativos, según lo definido en el componente de calidad, con especial énfasis en el sistema de referencia y contrarreferencia, atención al usuario y carnetización. Periodicidad mensual y condensados trimestrales y semestrales, según lo definido en el anexo N°7.
- ✓ Información financiera: que solicite la FIDUPREVISORA S.A...

Soporte de la Información: Los RIPS deben ser enviados según la normatividad y en los tiempos establecidos por el Ministerio de Protección Social. Esta información debe ser coherente con la de los FIAS y el contratista debe validarla para asegurar que cada RIPS corresponda a un afiliado al FIDUPREVISORA S.A. y sus beneficiarios.

Acorde con las necesidades FIDUPREVISORA S.A. podrá solicitar información adicional.

1.4.HISTORIAS CLÍNICAS

Todos los usuarios que hayan consultado por lo menos una vez, tendrán una historia clínica individual adecuándose a lo referido en la Resolución 1995 de 1999, en la cual estarán consignados sus antecedentes personales y familiares, los signos y síntomas de sus episodios de enfermedad, los diagnósticos presuntivos o comprobados, la evolución de su estado de salud, las decisiones o conductas médicas tomadas en cada caso, los informes de salud ocupacional que sean pertinentes.

Las personas autorizadas que intervengan en el cuidado de los pacientes, deberán registrar sistemáticamente en la historia clínica las decisiones, los resultados y las observaciones que sean pertinentes, entre otras: formulación de medicamentos y tratamientos, certificación de incapacidades, solicitud de referencia, realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Sin perjuicio de la información que el siquiatra debe suministrar como

respuesta a las interconsultas o remisiones que les corresponda atender, dichos profesionales mantendrán una ficha individual y confidencial de los pacientes con problemas mentales o de conducta en la cual consignarán la historia y la evaluación psíquica del caso.

La ficha síquica será de uso privativo de los siquiátras y no hará parte integral de la historia clínica.

Las historias clínicas estarán metódicamente ordenadas en un archivo de historias clínicas, ajustada su administración a lo establecido en las normas vigentes y aquellas que la modifiquen.

1.5.FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE SALUD ORAL

Ficha clínico epidemiológica de salud oral que compendie la información útil para el programa, identificando la población a intervenir y para evaluar los resultados de dicha acción.

La ficha contiene los siguientes elementos:

- ✓ Identificación
- ✓ Antecedentes
- ✓ Hábitos higiénicos
- ✓ Exploración clínica
- ✓ Los índices de:
 - Higiene oral simplificado de Green y Vermillon. Evalúa Placa Blanda y Placa Dura.
 - COP-D y ceo-d. Evalúan el estado de la dentición permanente y temporal respectivamente, en cuanto al número promedio de dientes con antecedentes de caries
 - Periodontal comunitario CPTIN. Evalúa las necesidades de tratamiento periodontal en personas mayores de 7 años*

Estos índices tendrán como base dos tipos de unidades de análisis: las personas y los dientes.

- ✓ Diagnóstico y Plan de tratamiento.

1.6.CARNETIZACIÓN

FIDUPREVISORA S.A. diseñará los carné de la población afiliada y beneficiaria con cargo al valor estipulado en el plus de la UPCM.

La IPS deberá entregar el carné a todos y cada uno de los afiliado al FIDUPREVISORA S.A. durante los tres (3) meses siguientes, previa identificación del usuario para lo cual dejará constancia de recibido por parte de los mismos y procederá su envío a la FIDUPREVISORA S.A...

2.FACTURACIÓN

2.1.FACTURACIÓN Y RECONOCIMIENTO

El valor a reconocer por usuario se encuentra consignado en el numeral 10.6 del Pliego de condiciones.

El contrato resultante se cancelará contra facturación mensual según población objeto, previa certificación de pago mensual o de cumplimiento de las obligaciones contraídas trimestralmente o semestralmente según corresponda, expedida por FIDUPREVISORA S.A.

La totalidad de los servicios contenidos en el Plan de atención en salud del Magisterio a los afiliados al FIDUPREVISORA S.A. y sus beneficiarios serán con cargo a la UPCM.

La revisión por parte de la FIDUPREVISORA S.A., se realizara sobre la ejecución de metas y el cumplimiento de los lineamientos definidos en los documentos objeto del presente contrato.

Las actividades, intervenciones y procedimientos contratados que sean remitidos sin justa causa a otras IPS por fuera de la red contratada, serán responsabilidad de quien originalmente remite reconocer el costo de dicha atención o servicio.

La factura mensual debe anexar lo siguiente:

- ✓ RIPS
- ✓ Archivo en Excel conteniendo la información resumen de actividades y costo, conforme al formato definido por el FIDUPREVISORA S.A...
- ✓ Documento(s) con el informe de demanda de servicios de salud, conforme a lo definido en este documento y en la periodicidad establecida.

- ✓ Documento(s) con el informe de oferta de servicios de salud, conforme a lo definido en este documento y en la periodicidad establecida.

La FIDUPREVISORA S.A. verificará la estructura de los diferentes archivos, lo cual será motivo de devolución por escrito, y hasta tanto no se cumpla con la estructura en mención, se considerará como no presentado para efectos de los tiempos de auditoría.

La IPS debe tener a disposición de FIDUPREVISORA S.A. para la auditoría los siguientes documentos:

- ✓ Las facturas relacionadas con las actividades especiales.
- ✓ Historia Clínica.
- ✓ Los soportes establecidos en el Manual Tarifario, tales como, hoja quirúrgica, hojas de gasto, notas de cargo, epicrisis, resumen de atención, resultados de exámenes paraclínicos e imágenes diagnóstica, y otros exámenes o procedimientos realizados.
- ✓ La hoja de evolución elaborada durante el traslado del paciente, para verificación de la atención prestada si la IPS presta el servicio de ambulancia TAM.

2.2.FACTURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ESPECIALES

- ✓ Las actividades especiales (programa de promoción y prevención y salud ocupacional) se facturan para las actividades promoción y prevención de acuerdo con lo establecido en la matriz del anexo 5-A y las otras actividades máximo a las tarifas establecidas en el Manual Tarifario¹, con los soportes exigidos por éste.
- ✓ Las actividades que son cobradas de acuerdo al valor de la factura necesitan como soporte el anexo de la misma.
- ✓ Los valores de las atenciones generadas por víctimas de accidentes de tránsito, que han superado los 800 SMDLV, se reconocerán con cargo a la UPCM.

¹ Decreto 2423 de 1996 "Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones"

2.3.PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE ACTIVIDADES ESPECIALES

2.3.1.Promoción y prevención y salud ocupacional

La IPS presentara a FIDUPREVISORA S.A. la factura mensual dentro de los diez (10) días calendario del mes siguiente a la prestación de los servicios.

FIDUPREVISORA S.A. certificará el pago de la factura presentada por la IPS luego de terminado del proceso de auditoría de cuentas que a continuación se describe:

FIDUPREVISORA S.A. tendrá un plazo máximo de (20) veinte días calendario contados a partir de la fecha de aceptación de la facturación presentada, para revisarla integralmente por medio de auditoría de calidad realizada en las visitas de campo durante el mes correspondiente y finalmente, aceptarla u objetarla. Si la IPS no presenta en los (10) diez días calendario la facturación, la FIDUPREVISORA S.A. tendrá un plazo máximo de (50) cincuenta días para su revisión.

En el evento que las facturas sean objetadas parcialmente, por la FIDUPREVISORA S.A., la IPS contará con (15) quince días calendario para su aclaración. Si las glosas parciales no son aclaradas dentro de este plazo se entiende que se aceptan como definitivas y FIDUPREVISORA S.A. procederá a expedir la certificación. Si la IPS aclara las objeciones, FIDUPREVISORA S.A. contará con (15) quince días calendario contados a partir de la fecha de respuesta de glosas por parte de las IPS para la certificación de las glosas definitivas, en consecuencia, no podrán cobrarse nuevamente.

Cuando se cuente con certificación de glosa definitiva expedida por FIDUPREVISORA S.A., se procederá a pagar a la IPS la diferencia entre el valor del porcentaje de glosa reservado (10%) y la glosa definitiva.

En caso de que el valor de la glosa definitiva formulada supere el valor del porcentaje reservado para el mes objeto de pago, se procederá a descontarla de facturaciones posteriores.

FIDUPREVISORA S.A. no reconocerá el pago ni ordenará la revisión de facturas que correspondan a semanas o meses ya auditados. La presentación o revisión extemporánea solamente podrá autorizarse cuando exista una causa de fuerza mayor plenamente establecida e informada al FIDUPREVISORA S.A. dentro de las veinticuatro horas de ocurrencia de la misma y sin perjuicio de los demás términos establecidos en este anexo. Las fallas imputables a los sistemas de información de la IPS no se considerarán como causas suficientes.

2.4.REEMBOLSOS

2.4.1.Casos de urgencias vitales

Cuando se presente urgencias vitales las tarifas para el pago de reembolsos serán las SOAT vigentes, ajustadas acorde con las modificaciones que a esta disposición se hicieran, sin que medie contratación con el prestador, en los casos de contratos vigentes entre los prestadores a las tarifas allí pactados. Para efectos del reembolso, el usuario o familiares deberán informar por cualquier medio conducente al contratista, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a los hechos de la ocurrencia de la urgencia presentada. Así mismo, deberá radicar la solicitud de reembolso dentro de los quince (15) días siguientes al egreso hospitalario. Se exceptúan de esta obligación los pacientes que por su alteración patológica no se encuentran en condiciones de informar por su estado de soledad y en general por todo impedimento demostrable que haya acaecido que constituya la fuerza mayor o el caso fortuito para no informar.

Para el pago de los reembolsos por parte de la entidad contratista el usuario deberá presentar lo siguiente: carta de solicitud, el original de la factura y copia de la historia clínica del caso.

Para efectos de pago el contratista se obliga a cancelar dentro de los 15 días siguientes a la fecha de presentación de la factura los valores correspondientes a la atención. Queda entendido y así lo autoriza el contratista con la suscripción del contrato que FIDUPREVISORA S.A. descontará la suma facturada cuando se supere el plazo establecido.

2.4.2.Casos de deficiencias o no prestación oportuna de servicios

En los casos comprobados por la Gerencia de Servicios en Salud de FIDUPREVISORA S.A. de deficiencias en las atenciones o la no prestación oportuna de los servicios que haya conllevado a que el usuario utilice una red alterna a la ofertada, el pago del reembolso se hará de acuerdo con el monto que el usuario haya incurrido.

Para el pago de los reembolsos por parte de la entidad contratista el usuario deberá presentar lo siguiente: carta de solicitud, el original de la factura y copia de la historia clínica del caso.

El usuario deberá informar en forma directa o a través de terceras personas, dentro de los ocho (8) días calendario siguiente a la atención. Así mismo, deberá radicar la solicitud de reembolso dentro de los quince (15) días siguientes a la no prestación oportuna del servicio requerido.

Para efectos de pago el contratista se obliga a cancelar dentro de los 15 días siguientes a la fecha de presentación de la factura los valores correspondientes a la atención. Queda entendido y así lo autoriza el contratista con la suscripción

del contrato que FIDUPREVISORA S.A. descontará la suma facturada cuando se supere el plazo establecido.

2.4.3.Casos de medicamentos no comercializados en Colombia

Los medicamentos no comercializados en Colombia ordenados a un paciente por el médico tratante serán reconocidos vía reembolso por parte del FNPSM.

Para el pago del reembolso por parte del FNPSM, la entidad deberá presentar: recobro soportado con copia de la fórmula médica expedida por cualquier IPS o médico que pertenezca a la red del prestador y la factura original.

2.4.4.Casos de medicamentos pendientes para reembolsar a los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios

En caso de no entregar los medicamentos dentro de las 24 horas, el afiliado al FNPSM o los beneficiarios lo podrán comprar y será reembolsado por el contratista.

Para el pago del reembolso por parte del contratista, el afiliado al FNPSM deberá presentar recobro soportado con copia de la fórmula médica expedida por cualquier IPS o médico que pertenece a la red del prestador, con el pendiente de la farmacia y la factura original.

El usuario deberá informar en forma directa o a través de terceras personas, dentro de los ocho (8) días calendario siguiente a la no entrega del medicamento. Así mismo, deberá radicar la solicitud de reembolso dentro de los quince (15) días siguientes a la no entrega oportuna del medicamento.

Este valor del reembolso a los afiliados y beneficiarios deberá dentro de los quince (15) días siguientes a la radicación de la cuenta, en caso que el contratista no realice el pago respectivo será descontado en el mes siguiente de la capitación al contratista.

2.5.COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

La totalidad de las actividades están cubiertas con cargo a la UPCM, por lo que no habrá lugar a cobros de copagos ni cuotas moderadoras

3. INCAPACIDADES

3.1. DEFINICIÓN

Incapacidad es el estado de inhabilidad física o mental de un docente que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio.

Las incapacidades pueden ser permanente parcial, permanente total ó incapacidad absoluta. Gran Invalidez con ayuda de una o más personas.

Nota: La sumatoria de la prorrogas de las incapacidades no puede ser mayor a 180 días.

3.2. TIPOS DE INCAPACIDADES

- ✓ Por enfermedad común
- ✓ Por enfermedad profesional
- ✓ Por accidente de trabajo
- ✓ Por maternidad

3.3. COMPETENCIAS DEL CONTRATISTA MÉDICO

Las competencias del contratista médico son:

- ✓ Expedir las certificaciones de incapacidad (Maternidades, enfermedad común, enfermedad profesional etc. (ver formatos adjuntos). En los casos de pacientes hospitalizados, se debe expedir la incapacidad a las 24 horas de ingreso al servicio de hospitalización de acuerdo con el plan de tratamiento del médico y se realizarán las prorrogas necesarias de acuerdo con la evolución del paciente.
- ✓ Informar diariamente a la Secretaría de Educación respectiva de las incapacidades expedidas y certificación de permanencia. Las incapacidades deben identificar el nombre del docente, identificación, diagnóstico, días de incapacidad y porcentaje de la disminución de la capacidad y carga laboral, en los casos que lo hubiere. Correo Electrónico o Físico.
- ✓ Enviar reportes mensuales de las incapacidades a la Gerencia de Servicios en Salud de FIDUPREVISORA S.A. con lo descrito en el punto anterior para registro en base de datos.

- ✓ Definir la situación médica del docente enmarcada dentro de la racionalidad tecnicocientífica.
- ✓ Llevar control de incapacidades para definición de la situación médica del docente.
- ✓ Expedir incapacidades por tiempos reales conforme a los diagnósticos presentados.

3.4.COMPETENCIAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Las competencias de la secretaría de educación son:

- ✓ Recibir del contratista médico las incapacidades y llevar un control detallado sobre ellas, previendo las posibles pensiones de invalidez que puedan reconocerse. Y en calidad de ente nominador, requerir al docente y al contratista médico para definir el reintegro a las labores o en su defecto tramitar la pensión de invalidez.
- ✓ Revisar y aceptar la incapacidad como un acto médico y no como un acto administrativo.
- ✓ Informar al Rector del plantel educativo sobre la incapacidad del docente.
- ✓ Realizar el nombramiento para el reemplazo temporal del docente.
- ✓ Expedir Acto Administrativo de legalización de la licencia por incapacidad.
- ✓ Reportar las novedades mensualmente a FIDUPREVISORA S.A.
- ✓ Para el trámite de reembolso de las incapacidades se debe remitir la siguiente información a FIDUPREVISORA S.A.:
 1. Formato de Liquidación Individual por docente junto con la copia de la incapacidad emitida por el contratista médico de manera mensual.
 2. Formato Consolidado de Liquidación de Incapacidades.
 3. Certificado de la Cuenta Bancaria del Ente Territorial.
 4. Fotocopia del Nit del Ente Territorial.
- ✓ Para el trámite de pensión de invalidez se deben anexar los documentos que se encuentran publicados en la página Web [www.fomag.gov.co/prestaciones económicas](http://www.fomag.gov.co/prestaciones_economicas).
- ✓ Validada las normas legales aplicables por parte de la Secretaría de Educación, procede a la sustanciación, liquidación y proyección del acto

administrativo respectivo. Posteriormente envía el expediente físico a FIDUPREVISORA.

3.5.COMPETENCIAS DE FIDUPREVISORA S.A.

Las competencias de FIDUPREVISORA S.A.:

- ✓ Recibir del Ente Territorial las solicitudes de reembolso con sus respectivos soportes.
- ✓ Valida la liquidación individual y el período de la incapacidad reportada por el ente territorial.
- ✓ Valida la información contenida en el formato consolidado.
- ✓ Liquidada y paga.
- ✓ Si se presentan inconsistencias realiza la devolución al ente territorial para la corrección de las mismas.
- ✓ Valida el informe detallado de incapacidades reportadas por el Contratista Médico correspondiente.
- ✓ Realiza control estadístico de las actividades que se han presentado en el mes e interactúa con el prestador médico para definición y seguimiento de casos específicos.
- ✓ Control Anual Pensiones por Invalidez.

4.TRANSICIÓN CONTRACTUAL, PROCESO DE EMPALME

4.1.ASPECTOS GENERALES

El contratista se obliga a realizar desde la fecha de iniciación del contrato hasta su terminación, todas las actividades, procedimientos y servicios que se hayan definido durante la ejecución del contrato como necesarios. Igualmente se obliga a garantizar de manera integral todos los servicios objeto de éste contrato hasta el último día de la ejecución del mismo.

El empalme para este contrato con los contratistas anteriores se realizará de acuerdo con lo estipulado en los Pliego de Condiciones 143-05.

El valor del último pago o mensualidad, una vez finalizado el contrato y no existiendo prórroga del mismo ni celebrado nuevo contrato con la misma

entidad, está condicionado a que el contratista cumpla a cabalidad las obligaciones establecidas en el contrato.

4.1.1. Entrega de listados e historias clínicas de casos especiales

El contratista se obliga, a entregar al nuevo contratista, dentro de 48 horas previas a la terminación del contrato, las historias clínicas y los listados con copia a FIDUPREVISORA S.A. en medio magnético, con los nombres completos, números de documentos de identidad, teléfonos y direcciones de los siguientes casos:

1. Pacientes hospitalizados. El listado debe incluir igualmente las fechas de ingresos, identificación del paciente, nombre de los centros hospitalarios y diagnósticos, refiriendo aquellos casos que a juicio del contratista no deben ser trasladados por los riesgos que implica para la vida del usuario.

Los servicios prestados a estos pacientes, mientras no puedan trasladarse a la red del nuevo contratista, serán facturados por el contratista saliente a tarifas SOAT.

2. Pacientes con procedimientos pendientes. El listado debe incluir también la fecha programada, identificación del paciente, nombre del centro hospitalario, diagnóstico, nombre del procedimiento y razones de la no realización. En caso de comprobarse que no se entregó el listado completo en el 60 día siguientes de inicio del contrato, el contratista saliente deberá cancelar el costo de los servicios.

3. Pacientes con patologías crónicas. Sujetos de atención de programas especiales:

- ✓ Hipertensión arterial
- ✓ Diabetes
- ✓ Control prenatal
- ✓ Crecimiento y Desarrollo
- ✓ y otros definidos por el contratante.

El listado debe incluir además la fecha de cita próxima programada para cada uno de éstos pacientes de acuerdo a la periodicidad con que viene siendo atendido.

4. Paciente de VIH-SIDA. Identificación del caso, tratamiento instaurado por caso, manteniendo las normas relacionadas con la confidencialidad.

5. Pacientes con enfermedades catastróficas. (Oncológicos - diálisis) El listado debe incluir: Identificación del caso, diagnóstico, centro hospitalario y plan de manejo por caso.

Las historias clínicas de los pacientes de casos especiales deberán ser entregadas en su totalidad antes de 24 horas de finalizado el contrato a excepción de los pacientes hospitalizados.

FIDUPREVISORA S.A. podrá determinar los casos en los que no es viable dado los principios de calidad del servicio, el traslado o la entrega del caso a la nueva entidad médica, situación en la cual la entidad médica se obliga a continuar brindando el servicio, facturando a FIDUPREVISORA S.A. a las tarifas definidas; FIDUPREVISORA S.A. descontará estos valores de los aportes a la nueva entidad médica.

Igualmente el contratista saliente se obliga a entregar, de manera completa, oportuna y ordenada, a la nueva entidad médica contratista, lo siguiente:

- **Entregar de historias clínicas.** Dentro de un plazo de 8 días siguientes a la terminación del contrato, con todos los documentos relacionados con los aspectos médicos y administrativos de las personas que cubre el contrato, a la nueva entidad contratista médica. La entrega se iniciará desde el momento en que se comunique el cambio de contratista.

En los aspectos administrativos deberá incluir la totalidad de documentos que acrediten la calidad del usuario.

Para estos efectos deberá proveer todo el recurso humano y apoyo logístico que se requiera para su cabal cumplimiento y un listado en medio magnético con la misma estructura del numeral 1.

- **Entrega de la base de datos.** Dentro de los 5 días siguientes al inicio del contrato de afiliados y beneficiarios, en archivo magnético con los campos establecidos con copia a FIDUPREVISORA S.A...

FIDUPREVISORA S.A. suministrará la base de datos inicial de afiliados la cual será base para efectos de pago inicial.

Para los efectos del empalme, el contratista saliente se obliga a designar dos semanas antes de la finalización del contrato, a un profesional médico exclusivo para la coordinación y cumplimiento de las atenciones, casos y eventos descritos, y para la coordinación y ejecución del plan de acción de entrega al contratista entrante.

4.2.ASPECTOS ESPECÍFICOS

4.2.1.Manejo de patologías

La integralidad abarca entre otras (desde el momento de iniciación del contrato):

La culminación de todas las atenciones previstas como necesarias para el usuario, hospitalización y cirugías, procedimientos, formulación y suministro de medicamentos y demás ayudas diagnósticas y de complementación terapéutica, que se indicaron durante la vigencia del contrato sin interrupción de la secuencia lógica de atención, hasta la fecha de finalización del mismo, realizando todos aquellos que se indiquen dentro del marco de la racionalidad científico técnica.

No se deben programar para fecha posterior a la de culminación del contrato, exceptuando los casos en que exista una indicación médica precisa y objetiva para tal postergación.

- **Patologías crónicas**

El contratista tiene la responsabilidad dentro del manejo de pacientes con patologías crónicas, de garantizar el suministro de medicamentos no solo hasta la fecha de culminación del contrato, sino que los deberá proveer, por los treinta días completos de tratamiento, hasta el nuevo control.

- **Patologías agudas**

Igualmente se obliga a que el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y suministros, a pacientes con patologías agudas, se realice no solo hasta la fecha de culminación del contrato, sino por el tiempo que los criterios de racionalidad técnico científica lo indiquen frente a la solución de la enfermedad.

- **Pacientes hospitalizados**

Referente a los pacientes hospitalizados se obliga una vez terminado el contrato a entregar a la nueva entidad médica contratista, todos los pacientes hospitalizados localizados dentro y fuera de la región.

- **Represamientos**

Para los anteriores efectos se entiende como represamientos, todas aquellas actividades, procedimientos y servicios, no asumidos por el contratista, no obstante que a la luz de la racionalidad técnico-científica y a estándares de suficiencia, oportunidad y en general de calidad, debieron ser realizados durante la ejecución del contrato.

Si por alguna razón, el usuario rehúsa a realizarse el procedimiento indicado, se deberá consignar en la historia clínica declaración expresa por parte del paciente y se comunicará oportunamente a FIDUPREVISORA S.A...

NOTA: La no realización de procedimientos, actividades o servicios pendientes, sin que estuviera justificado por una renuncia del usuario registrada en la historia clínica e informada a FIDUPREVISORA S.A., se considerará represamiento y sus costos serán descontados del último pago del contrato o de la liquidación del mismo, para lo cual el contratista autoriza plenamente al contratante.

El oferente a quien le sea adjudicado el contrato a partir de fecha de entrega de historias clínicas soportado con el acta respectiva, la suscripción de éste, tiene 30 días calendario para relacionar y comunicar a FIDUPREVISORA S.A. Gerencia de Servicios en Salud, utilizando los formatos que para tales efectos se le allegan, todas las actividades, procedimientos o servicios represados a los que anexará los soportes necesarios para evidenciarlos, a saber: Ordenes de servicios, historias clínicas, documentos que soportan la declaración de cada uno de los eventos dejados de realizar o los planteamientos realizados por el paciente.

Igualmente, está obligado a dar traslado dentro de los 30 días calendario descritos anteriormente al contratista saliente, a efectos de que éste a través de evidencia objetiva desvirtúe o por el contrario acepte los casos definidos. El incumplimiento a la presente obligación generará que los costos de tales atenciones sean asumidos en su totalidad por el contratista saliente.

El contratista saliente, tiene la obligación de realizar el cotejo y comunicarlo al contratista entrante, en un plazo máximo e improrrogable de 20 días calendario, contados a partir del vencimiento de los 30 días iniciales descritos. El incumplimiento a la presente obligación generará que los costos de tales atenciones sean asumidas en su totalidad por el contratista entrante.

Si llegare a presentarse desacuerdo entre el contratista entrante y saliente, sobre los casos represados y su costo, las dos entidades deberán en un plazo máximo e improrrogable de 10 días calendario, a partir de los 20 descritos anteriormente, llegar a acuerdos de los cuales se levantará un acta donde consten todos los hechos objeto de la referida reunión.

El contratista entrante y el saliente, autorizan y así lo acuerdan las partes, para que FIDUPREVISORA S.A. a través de la Gerencia de Servicios en Salud, defina bajo parámetros técnico-científicos los casos de Represamiento sobre los cuales no se logró establecer acuerdo así como su valor, el que igualmente se autoriza descontar de la última cuota o liquidación correspondiente si son responsabilidad del contratista saliente.

Para efectos de liquidación sobre el costo de los represamientos identificados como tal, se tasarán a tarifas SOAT. Si alguno de los servicios no se encuentran dentro del SOAT, se liquidarán a tarifas ISS. Una vez expedido por Ministerio de la Protección Social el manual único tarifario, las tarifas se liquidarán acorde a las establecidas en tal normatividad y a las que adicione, modifique o complemente.

A los tiempos establecidos no habrá lugar a prórrogas por ningún motivo, a excepción de eventos catastróficos como incendio, terremoto, motín, asonada ó negación debidamente certificados.