

ANEXO N° 2 FICHA TÉCNICA PROVEEDORES DE AUDITORIA E INTERVENTORIA



CONDICIONES TÉCNICAS CORRESPONDIENTES AL PROCESO CON EL OBJETO DE “PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA A LOS CONTRATOS DE LA RED DE PRESTADORES Y LA AUDITORÍA EN PRESTACIONES ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS QUE SE CONTEMPLAN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SINIESTRO DURANTE LAS FASES PRE, DURANTE Y POST ATENCIÓN DE LOS SINIESTROS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS COMERCIALIZADOS POR LA COMPAÑÍA”.

BOGOTÁ

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
I. INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA	8
II. LA GESTIÓN INTEGRAL DEL SINIESTRO	13
V. INTERVENTORIA.....	47
VI. RECURSO HUMANO	67
VII. ASPECTOS GENERALES PARA TENER EN CUENTA	72

INTRODUCCIÓN

Esta Ficha tiene como fundamento determinar las condiciones técnicas, operativas, logísticas que se deben implementar a efectos de lograr una correcta y eficaz ejecución del contrato cuyo objeto es la de “PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA A LOS CONTRATOS DE LA RED DE PRESTADORES Y LA AUDITORÍA EN PRESTACIONES ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS QUE SE CONTEMPLAN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SINIESTRO DURANTE LAS FASES PRE, DURANTE Y POST ATENCIÓN DE LOS SINIESTROS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS COMERCIALIZADOS POR LA COMPAÑÍA”.

Positiva compañía de Seguros establece su actuar mediante la gestión por procesos, con el fin de fortalecer el mejoramiento continuo, en este orden de ideas, el macroproceso de gestión del cliente tiene como objetivo “Garantizar el cumplimiento de la promesa de valor de la Compañía, de manera oportuna, eficaz y eficiente. Verificar la satisfacción y experiencia de los clientes para contribuir a la fidelización de los grupos de interés a través de la mejora continua de los procesos”.

Dentro de este macroproceso de gestión del cliente se encuentra estructurado toda la atención de los siniestros avisados a la Compañía y su actuar mediante el proceso de GESTIÓN DE SINIESTROS, el cual se encuentra bajo la dirección de la Vicepresidencia Técnica y tiene como objetivo “Garantizar la atención integral de los siniestros, dando la cobertura de las prestaciones asistenciales y económicas, en cumplimiento de la normatividad vigente, a través del modelo de relacionamiento con los clientes para los diferentes ramos y productos de la Compañía.”, iniciando con la planeación del modelo de atención y finaliza con la gestión de cobros. Incluye los subprocesos de reporte y comprobación de derechos, prestación de servicios de salud, gestión de reconocimiento de prestaciones asistenciales y económicas y administración de prestaciones periódicas



Figura 1. Ciclo Gestión de Siniestros

Sub procesos que conforman el proceso de Gestión de Siniestros

1. Planeación del Modelo de Atención del Siniestro
 - Conformación y administración de la Red de Proveedores
 - Microgestion de Siniestros
2. Prestación de Servicios de Salud
 - Auditoria Concurrente
 - Auditoria de Acompañamiento
3. Reporte y Comprobación de Derechos
4. Gestión de Reconocimiento de Prestaciones Asistenciales y Económicas
 - Prestaciones Asistenciales
 - Prestaciones Económicas
 - Reconocimientos seguros de Vida
 - Recobros
5. Administración de Prestaciones Periódicas
 - Reconocimiento Pensión
 - Liquidación Nómina y Dispersión Pagos Mesadas
6. Gestión de Producción
 - Emisión
7. Gestión De Reservas Y Reaseguros
8. Gestión De Solicitud Relacionadas Con Atención Del Siniestro GISAT

Positiva S.A., como entidad encargada de gestionar el riesgo en salud y garantizar la prestación económica de los servicios médico-asistenciales a sus asegurados, debe dentro del ciclo de vida del siniestro asegurar el cumplimiento de los criterios de calidad, oportunidad, pertinencia médica y racionalidad técnico-científica de todos sus Subprocesos.

Así las cosas, surge la necesidad de la contratación de dos proveedores que preste sus servicios especializados de interventoría técnica, jurídica y financiera y auditoría en prestaciones asistenciales y económicas y que garantice la óptima prestación del servicio.

Esto le permitirá a la compañía la gestión de los objetivos estratégicos señalados a continuación:

- Atraer, fidelizar y profundizar clientes a través de una experiencia excepcional
- Optimizar el costo asistencial
- Alineación de los aliados con la estrategia y cultura de la Compañía
- Formalización de alianzas estratégicas con sector público y privado

Mediante las siguientes estrategias:

1. Preparar, fortalecer y fidelizar los principales actores de la atención de los siniestros de la Compañía.
2. Fortalecimiento la relación con la Red de prestadores de servicios de salud de la Compañía a través de diferentes acciones que permitan hacerlos partícipes de la ejecución del modelo de atención integral del siniestro.
3. Evaluación del Modelo y Rutas de atención de acuerdo con la validación constante de las Expectativas y Necesidades del Cliente de acuerdo los siguientes ítems :
 - Establecer suficiencia de la Red de Servicios médicos
 - Necesidades de nuevas negociaciones
 - Fidelización y socialización del nuevo cliente
 - Verificar que programas especiales se integren de manera efectiva a la atención del asegurado.
 - Canales de comunicación eficaz y herramientas tecnológicas.
 - Estrategias para la contención de los costos del siniestro.
 - Estrategias para la contención del promedio día de incapacidad de los asegurados.
 - Fortalecer la relación con las empresas en pro de la satisfacción del cliente.
 - Engranaje de diferentes áreas.
4. Monitorear el cumplimiento y correcta ejecución del modelo de atención integral del siniestro para los casos de AT – EL reconocidos por la compañía de acuerdo con su clasificación de gravedad, teniendo en cuenta las siguientes variables :
 - La oportunidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud
 - La oportunidad y eficiencia en el reconocimiento de prestaciones económicas
5. Identificar e intervenir las desviaciones que se presenten durante el ciclo de vida del siniestro.

La cobertura de servicios deberá ser a Nivel Nacional, teniendo en cuenta que cada contratista seleccionado deberá estar en la capacidad de prestar el servicio requerido, en donde Positiva Compañía de Seguros S.A, lo disponga.

Que de acuerdo a la necesidad de la compañía se estipula la segmentación del servicio en dos grupos de la siguiente manera:



Grupo 1

- ✓ Los proveedores que se presenten al Grupo 1 deberán realizar las actividades de auditorías (concurrente y acompañamiento, cuentas médicas) e interventoría de la red de IPS y RHB en los siguientes departamentos:

- Antioquia
- Valle
- Atlántico
- Santander
- Norte De Santander
- Cesar
- Cauca
- Nariño
- Magdalena
- Córdoba
- Bolívar
- La Guajira
- Sucre
- San Andrés
- Chocó

- ✓ Auditoría de incapacidades de a nivel nacional.
- ✓ interventoría de los siguientes contratos nacionales de la compañía:
 - Operadores logísticos de Medicamentos y laboratorios farmacéuticos
 - Riesgo Biológico
 - Ortesis y prótesis
 - Línea blanda

Grupo 2

- ✓ Los proveedores que se presenten al Grupo 2 deberán realizar las actividades de auditorías (concurrente y acompañamiento, cuentas médicas) e interventoría de la red de IPS y RHB en los siguientes departamentos:

- Bogotá D.C.
- Boyacá
- Cundinamarca
- Tolima
- Meta
- Risaralda
- Caldas
- Huila
- Casanare
- Quindío
- Arauca
- Caquetá
- Amazonas
- Putumayo
- Guaviare
- Vaupés
- Vichada
- Guainía

- ✓ Auditoría de Auditoría de Reembolsos y recobros a nivel nacional
- ✓ Interventoría de los siguientes contratos nacionales de la compañía:
 - Traslados y transporte
 - Material de Osteosíntesis
 - Asistencia internacional a nivel nacional

I. INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.,

Somos una compañía de seguros de personas con 10 ramos autorizados y comercializados:

- Vida Individual
- Rentas Vitalicias
- Exequias
- Pensiones Voluntarias
- Desempleo
- Conmutación pensional
- Riesgos Laborales
- Salud
- Vida Grupo
- Accidentes Personales

-En el Ramo de Riesgos Laborales, contamos con la confianza de 461.848 empresas y 2.570.621 trabajadores (Dependientes e Independientes) afiliados, a corte del treinta (30) de mayo de 2021 (Informe. Gerencia de Afiliaciones y Novedades), distribuidos de la siguiente forma:

Departamento	Suma de RELACIONES LABORALES
AMAZONAS	4415
ANTIOQUIA	283384
ARAUCA	13186
ATLANTICO	62162
BOGOTA D.C.	865704
BOLIVAR	40306
BOYACA	98365
CALDAS	39594
CAQUETA	29109
CASANARE	38727
CAUCA	74959
CESAR	43162
CHOCO	12939
CORDOBA	32069
CUNDINAMARCA	99844
GUAINIA	2410
GUAVIARE	2350
HUILA	58212

LA GUAJIRA	27963
MAGDALENA	44520
META	46897
NARIÑO	55538
NORTE DE SANTANDER	78143
PUTUMAYO	18288
QUINDIO	39702
RISARALDA	41282
SAN ANDRES	9542
SANTANDER	109086
SUCRE	26284
TOLIMA	55648
VALLE	213147
VAUPES	461
VICHADA	3223
Total general	2570621

ASEGURADOS VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., cuenta con la confianza en pólizas diferentes a Riesgos Laborales así:

RAMO	PÓLIZAS VIGENTES	NÚMERO ESTIMADO DE ASEGURADOS
Vida Individual	2.649	2.574
Accidentes Personales	1.377	3.698.379
Vida Grupo	422	1.737.570
Exequias	36	38.996
Desempleo	2	132.025
Rentas Vitalicias	190	190
Salud	70	13
Conmutación Pensional	10	3.729
BEPS	30.630	30.630
TOTALES	35.386	5.644.106

Positiva compañía de seguros para mayor control de sus actividades misionales cuenta con las siguientes actividades centralizadas en casa matriz:

- Medicina Laboral
- Autorizaciones de servicios
- contratación de servicios de salud y operadores nacionales
- Auditorias de cuentas medicas
- Auditorias de Prestaciones Económicas

Para la implementación de la estrategia de la compañía y con el fin de asegurar la atención integral de siniestros para las empresas afiliadas, la Compañía cuenta con una distribución nacional así: Zona Atlántico, Zona Antioquia, Zona Bogotá, Zona Santander, Zona Valle y Empresas de Orden Nacional; POSITIVA se encuentra organizada en cinco (Sucursales Coordinadoras) :

Atlántico Coordinadora	Antioquia Coordinadora	Santander Coordinadora	Bogotá Coordinadora	Valle Coordinadora
Bolívar	Caldas	Arauca	Bogotá Cundinamarca	Cauca
Cesar	Risaralda	Boyacá	Corredores	Huila
Cordoba	Quindío	Casanare	Meta	Nariño
La Guajira	Chocó	Norte de Santander	*Vichada	Putumayo
Magdalena			*Vaupés	Tolima
Sucre			*Guainía	Caquetá
San Andres **			*Guaviare	
			Amazonas	

NUESTROS CLIENTES

Positiva compañía de seguros cuenta con empresas afiliadas de diferentes actividades económicas que requieren intervención especializada dentro del proceso de gestión de siniestros, de acuerdo con esto, a continuación, nos permitimos detallar algunos de los sectores de mayor impacto durante la atención de los siniestros:

1. SECTOR PUBLICO

El sector público es el conjunto de organismos e instituciones que son manejados directa o indirectamente por el Estado.

El sector Público representa la propiedad colectiva o pública, en contraposición del sector privado (propiedad individual de personas o empresas). Está representado por el estado o

a través de las instituciones, organizaciones y empresas con parte o la totalidad de su capital de origen estatal.

SECTOR	EMPRESAS	No. Trabajadores
ADMINISTRACION PUBLICA Y DEFENSA; SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACION OBLIGATORIA	3.972	459.359

Dentro de las empresas del sector público se encuentran las siguientes con presencia a nivel nacional

- Fiscalía General De La Nación
- Instituto Nacional Penitenciario Y Carcelario
- Instituto Colombiano De Bienestar Familiar
- Procuraduría General De La Nación
- Defensoría Del Pueblo
- Servicio Nacional De Aprendizaje Sena
- Rama Judicial Seccional

ADMINISTRACION PUBLICA Y DEFENSA; SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACION OBLIGATORIA

Dentro de este grupo encontramos empresas del sector salud el cual está comprendido por empresas e instituciones públicas y privadas que realizan actividades concernientes al cuidado de la salud y prevención de enfermedades y servicios conexos.¹

SECTOR	EMPRESAS	No. Trabajadores
ADMINISTRACION PUBLICA Y DEFENSA; SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACION OBLIGATORIA	3.972	459.359

Dentro de las empresas del sector público se encuentran las siguientes con presencia a nivel nacional

SECTOR EDUCACIÓN

En Colombia el sector de la educación está comprendido por empresas e instituciones públicas y privadas que realizan actividades concernientes a la educación formal e informal

SECTOR	EMPRESAS	No. Trabajadores
EDUCACION	7.698	208.502

SECTOR HIDROCARBUROS

La cadena del sector hidrocarburos corresponde al conjunto de actividades económicas relacionadas con la exploración, producción, transporte, refinación o procesamiento y comercialización de los recursos naturales no renovables conocidos como hidrocarburos (material orgánico compuesto principalmente por hidrógeno y carbono), dicho conjunto también está conformado por la regulación y administración de estas actividades

SECTOR	EMPRESAS	No. Trabajadores
HIDROCARBUROS	11	6.491

Positiva compañía de seguros encuentra segmentados por sector

EMPLEADORES Y RELACIONES LABORALES POR SECTOR CIERRE FEBRERO DE 2021		
SECTOR	EMPRESAS	No. Trabajadores
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS, EMPRESARIALES Y DE ALQUILER	68.456	346.696
ADMINISTRACION PUBLICA Y DEFENSA; SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACION OBLIGATORIA	3.972	459.359
AGRICULTURA, GANADERÍA, CAZA Y SILVICULTURA	25.163	142.524
COMERCIO AL POR MAYOR Y AL POR MENOR; REPARACION DE VEHICULOS AUTOMOTORES, MOTOCICLETAS, EFECTOS PERSONALES Y ENSERES DOMESTICOS	87.296	275.980
CONSTRUCCION	29.566	139.527
EDUCACION	7.698	208.502
EXPLOTACION DE MINAS Y CANTERAS	3.798	53.575
HOGARES PRIVADOS CON SERVICIO DOMESTICO	120.226	72.520
HOTELES Y RESTAURANTES	19.727	48.312
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS	34.528	159.855
INTERMEDIACION FINANCIERA	4.952	42.553
ORGANIZACIONES Y ORGANOS EXTRATERRITORIALES	10	56
OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIOS, SOCIALES Y PERSONALES	15.983	89.888
PESCA	455	1.780
SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD	14.515	182.923
SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	1.471	24.078
TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES	16.274	113.321

OTROS (INDEPENDIENTES 723 Y 1563)	-	221.941
TOTAL GENERAL	454.090	2.583.390

SEGUROS DE VIDA INDIVIDUAL

1. Vida individual
 - Ocupacional Especiales
 - Constructores, Conductores
2. Vida Total
 - Largo Plazo Inversión
 - Ahorro y vida
 - Inversión Positiva

SEGUROS DE VIDA GRUPO

1. Vida grupo
2. Vida Grupo Deudores
3. Vida grupo Elección Popular
4. Vida Grupo Convención USO

SEGUROS DE ACCIDENTES

1. Accidentes Personales Individuales
2. Accidentes personales Colectivos
3. Accidentes Personales Corto Plazo
4. Accidentes Personales Generación Positiva

SEGURO DE PENSIONES

1. Rentas vitalicias
2. Conmutación Pensional

SEGUROS DE SALUD

1. Complicaciones por Cirugía

II. LA GESTIÓN INTEGRAL DEL SINIESTRO

Este capítulo en primer lugar incluirá algunas definiciones y conceptos que permitirán comprender el servicio a contratar, en segundo lugar, abordará las responsabilidades en materia de atención y gestión de los siniestros enmarcadas en las características del

servicio según el modelo de atención de Positiva para dar respuesta a esta necesidad, incluyendo alcance, objetivos, metodología, requisitos técnicos y resultados esperados.

Según datos de la Federación de Aseguradores Colombianos (FASECOLDA), en 2020 se presentaron 612.247 accidentes laborales calificados, con una disminución del 5% frente al año anterior; por su parte las enfermedades Laborales calificadas tuvieron una disminución de 17.7% con un total de 8.596 casos. Con respecto a la mortalidad Laboral, se presentaron para el 2019 484 muertes Calificadas (Fuente: RLDatos - FASECOLDA. Fecha Consulta :6/02/202014:54:33 p.m.)

En Materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, los retos son cada vez mayores. Si comparamos nuestras cifras de accidentalidad para el año 2020, continuamos con unos niveles muy por encima de países desarrollados, pero aún con estadísticas superiores a las de economías similares a las colombianas, tales como la chilena. Si bien en 2020 Colombia registró una Tasa de accidentalidad de 4.5% por cada 100 trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales que se encuentra en el 4,5% en el SGRL para el 2020 (Fasecolda); el mismo dato registró Argentina (6,2) en el Informe Anual de Accidentalidad 2017 de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo; Chile con 3.8 (I Semestre 2019 según Instituto de Seguridad del Trabajo).

Teniendo este contexto del comportamiento de las tasas de accidentalidad, especialmente en el Ramo de Riesgos Laborales, se hace necesario planear, desarrollar, establecer y controlar acciones que permitan la atención oportuna, efectiva y eficiente de los siniestros que puedan presentarse de nuestras empresas afiliadas y que impacten de manera efectiva en los objetivos establecidos por la Compañía y sus clientes asegurados.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS APLICABLES AL PROCESO

- **Accidente:** Se define como accidente, en otras palabras, un suceso no planeado y no deseado que provoca un daño, lesión u otra incidencia negativa sobre un objeto o sujeto. Para tomar esta definición, se debe entender que los daños se dividen en accidentales e intencionales.
- **Acta de negociación:** El acta es el documento por el cual se evidencia la revisión por parte de Positiva de las tarifas y servicios de proveedores de la red asistencial.
- **Accidente De Trabajo.** Según la Ley 1562 de 2012, Artículo 3 corresponde a todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio

de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

- **Accidente De Trabajo Grave:** Según la Resolución 1401 de 2007, aquel que trae como consecuencia una lesión tal como una amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva.
 - **Accidentes Personales Individuales:** Es un seguro que toma de manera individual, protege al asegurado en caso de sufrir lesiones corporales como consecuencia de un accidente, así mismo, ampara el patrimonio familiar en caso de muerte accidental del asegurado.
 - **Accidentes Escolar “Generación Positiva”:** Es un seguro que ofrece protección a los estudiantes de instituciones educativas, frente a los accidentes que puedan sufrir dentro o fuera de las instalaciones del plantel educativo
 - **Actividades de Medicina Laboral:** Se consideran actividades especializadas de Medicina Laboral, las relacionadas con la determinación de origen de siniestros, calificación de pérdida de capacidad laboral, remisión ante Juntas de Calificación de Invalidez Regional y Nacional, objeción de dictámenes, Comités de Siniestros, conformación del Comité Interdisciplinario y todas las relacionadas con el análisis técnico especializado de los siniestros de accidente de trabajo y enfermedad laboral avisados a Positiva Compañía de Seguros S.A.
 - **Acuerdos de Niveles de Servicio – ANS:** Documento elaborado y suscrito entre las partes de un contrato, el cual busca definir términos del nivel de calidad del servicio y sanciones por su incumplimiento.
 - **Afiliados:** Empresas, empleadores y trabajadores que hayan cumplido con el proceso de afiliación y estén registrados en la base de datos de la compañía.
 - **Aliados Estratégicos:** Son empresas y/o proveedores que prestan un servicio para la compañía bajo unas condiciones contractuales y unos acuerdos de servicio.
 - **Aseguradora:** Empresa que asume la cobertura de los riesgos a los que está expuesto el asegurado.
 - **Autorización:** Es la formalización a través de la emisión de la autorización (Anexo 4), o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago.
 - **Auditoría Médica:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de los procesos, observada respecto de la calidad esperada de la atención de **salud** que reciben los usuarios de Positiva Compañía de Seguros S.A., Bajo la visión objetiva, sistemática y profesional de evidencias, orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos de la Compañía y el SGSRL, basados en los siguientes **principios de una Auditoría**
- ✓ Integridad: El auditor debe ser una persona honesta, profesional, justa e imparcial.

- ✓ Presentación ecuánime: El auditor debe reportar con veracidad y exactitud los hallazgos de la auditoría.
- ✓ Confidencialidad y adecuado manejo de la información
- ✓ Independencia del ejercicio profesional
- ✓ Enfoque basado en la evidencia.
- ✓ Mejora continua

Dentro de este proceso se encuentran inmersas las diferentes auditorías que adelanta la compañía a los servicios prestados y que corresponden a:

- Auditoría concurrente
- Auditoría de acompañamiento
- Auditoría de Cuentas Médicas
- Auditoría de reembolsos
- Auditoría para el reconocimiento de reclamaciones
- Auditoría de Incapacidades

- **Aviso de Siniestro:** Toda situación conocida de un posible evento de origen laboral que ingrese a través de los canales virtuales, telefónicos o presenciales, en el Formato de informe de enfermedad profesional o en el Formato de informe para accidente de trabajo del empleador o contratante.

- **Avoco Desacato, Fallo1, Fallo2, Impugnación, Medida Provisional, Sanción.** Fases tutelares identificadas en los requerimientos realizados por la Gerencia Jurídica de Positiva, y que son objeto de análisis técnico-administrativo para emisión de respuesta según lo que especifique cada profesional de la Gerencia mencionada.

- **Cambio línea de pago:** Oficio en el cual se informa a la IPS y a la empresa, que la compañía no cubrirá prestaciones asistenciales y que dichas prestaciones deben ser solicitadas a la EPS.

- **Certificado de permanencia:** Estado o condición en que se encuentra un trabajador en el Sistema de Riesgos Labores en lo relacionado a la cobertura de un evento específico.

- **Cirugía Positiva:** Cubre a los asegurados, los médicos y las clínicas en caso de presentarse una complicación, que no son cubiertas por el POS u otras pólizas de salud, reconociendo los costos médicos necesarios que se deriven de la atención de una complicación médica, como consecuencia de una cirugía o procedimiento quirúrgico incluido en la póliza.

- **Clonadas** Son las solicitudes interpuestas por los asegurados, empresas o entidades de temas relacionados con prestaciones asistenciales, prestaciones económicas o actividades de medicina laboral, pero que además en su contenido permiten identificar inquietudes de otras áreas de la Compañía (afiliaciones, recaudo, tesorería entre otras), y que se clasifican dentro de esta tipología para

darle manejo centralizado a la respuesta, con el aporte de insumo por cada una de las áreas que participan.

- **Cobertura:** Para los trabajadores, la cobertura inicia al día siguiente del reporte de su afiliación, y se mantiene mientras se encuentre activo en la base de datos. Para los casos en los cuales no se realice afiliación el día antes de su ingreso mediante formulario o página web transaccional, se tendrá en cuenta como fecha de inicio de cobertura, la fecha del primer pago recibido más un (1) día. Para las empresas trasladadas, la cobertura de sus trabajadores iniciará el primer día hábil del mes en que se efectuó el traslado y para las nuevas, al día siguiente del proceso de afiliación.
- **Comité de Siniestros:** Instancia administrativa encargada del análisis para la definición de origen de los siniestros mortales y de alto costo e inválidos, reportados a la compañía.
- **Compra Puntual:** Son aquellas que no son de alta frecuencia, por lo que su poder de negociación es pequeño y generalmente se limita a muy pocos oferentes, estas compras son de gran importancia especialmente en lo relacionado con los temas de prestación de servicios de salud donde se debe asegurar el acceso al servicio.
- **Contrato:** Acorde a la concepción de la crítica, el Código de Comercio Art. 864 "El contrato es un acuerdo de dos o más partes para constituir, regular o extinguir entre ellas una relación jurídica patrimonial.". Un contrato es entonces un acuerdo de voluntades que crea o transmite derechos y obligaciones a las partes que lo suscribe; se constituye como un acto jurídico en el que intervienen dos o más personas y está destinado a crear derechos y generar obligaciones.
- **Cotización:** Documento o Correo electrónico donde un prestador define el Precio de un servicio solicitado por la Compañía
- **Decisión de incapacidad temporal:** Proceso mediante el cual el proveedor responsable de la auditoría revisa las imágenes de las incapacidades para determinar la pertinencia, dejando las incapacidades en los estados aprobadas u objetadas.
- **Derechos De Petición** Este derecho lo contempla la Constitución de Colombia en su artículo 23, y permite a los asegurados, empresas o entidades solicitar la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, relacionados con prestaciones asistenciales, prestaciones económicas o actividades de medicina laboral.
- **Dictamen:** Los dictámenes emitidos por las juntas de calificación de invalidez deberán ser elaborados y notificados en los formularios autorizados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, los cuales deben ser diligenciados y firmados por cada uno de los miembros de la junta. Los dictámenes deberán contener las decisiones expresas y claras sobre el origen, fecha de estructuración y calificación porcentual de pérdida de la capacidad laboral; igualmente se debe determinar en los casos de invalidez, si la persona requiere del auxilio de otra u otras personas para realizar las funciones elementales de su vida. De igual manera si fuere el caso,

determinarán a cargo de quién están los costos de que trata el artículo 44 de la Ley 100 de 1993 y los honorarios de la junta de calificación de invalidez.

- **Desistimiento:** Es desistimiento la solicitud de eliminación de un proceso del plan de contratación como consecuencia de cambios en prioridades de las sucursales, condiciones de casa matriz, o decisiones del proveedor, entre otras
- **Enfermedad Laboral:** La Ley 1562 del 2012 en su artículo 4 señala que es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes
- **Entes De Control** Son las solicitudes interpuestas por los Entes de Vigilancia y Control (Superintendencias, Ministerios) que tienen un tratamiento especial en cuanto a oportunidad y resolución de fondo. En la mayoría de los casos se trata de asegurados o empresas que acuden a estas instancias después de haber agotado el mecanismo de PQRD.
- **Estancia Corta:** Es el acompañamiento que se realiza al paciente en el servicio de urgencias durante las primeras 72 horas
- **Estancia Larga:** Acompañamiento que se realiza al paciente en el ámbito de urgencias en un tiempo mayor a 72 horas
- **Experiencia Del Cliente:** Es un proceso entre una marca y una persona que se desarrolla a través de las interacciones entre las mismas, generando distintas emociones en los puntos de contacto con la marca
- **Express:** Son solicitudes que, por su carácter reiterativo, mediático, de clasificación especial desde la Vicepresidencia de Operaciones de Positiva, deben ser contestadas en un tiempo menos que el de una PQRD normal.
- **Facturas Canceladas:** Facturas con pago total.
- **Facturas Aceptadas:** Facturas cuya radicación y auditoria cumplieron con los requisitos establecidos en su totalidad.
- **Facturas Con Pago Anticipado:** Facturas que cuentan con un valor cancelado mayor al aprobado, por lo que este valor deberá objeto de amortización.
- **Facturas Prescritas:** El periodo de prescripción de las facturas de IPS o proveedores es de tres años y cinco para EPS.
- **Facturas Conciliadas:** Son facturas con glosa subsanada parcial o totalmente y por lo tanto presenta un valor aprobado para pago.

- **Facturas Rechazadas:** Todas aquellas que no presenten siniestro, relación laboral, autorización y se encuentra sin cobertura.
- **Facturas Devueltas:** Facturas rechazadas en la ventilla o por el portal web, si es facturación electrónica; que presentan una no conformidad
- **Gastos directos:** Son aquellos gastos que quedan incorporados al producto o que participan directamente para llevar a cabo la prestación de los servicios requeridos para la atención del siniestro, es decir son los gastos que afectan al siniestro de forma específica; dentro de los cuales se encuentran:
 - Servicios de gestión de autorizaciones de prestaciones asistenciales.
 - Servicios de auditoría para la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral en accidentes de trabajo y enfermedad laboral.
 - Servicio de atención y gestión de Peticiones, Quejas y Reclamos PQR.
 - Servicios de auditoría médica (concurrente, de calidad y centros de excelencia).
 - Servicios de auditoría médica y administrativa de cuentas médicas y reembolsos.
 - Servicio de auditoría médica de incapacidades temporales.
 - Servicios de publicación de edictos.
 - Servicios de gestión integral de recobros por eventos de origen común, sin cobertura o Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT.
 - Servicio de interventoría y de calidad de la operación logística.
 - Servicios de operación logística de prestaciones asistenciales para la asistencia médica.
 - Servicio de asistencia y atención integral al siniestro en comités interdisciplinarios, participación en juntas regionales, nacionales y en la revisión de dictámenes.
- **Gastos indirectos:** Son aquellos gastos realizados en los que no se identifican los siniestros afectados directamente, pero que son requeridos para garantizar la continuidad y prestación de los servicios asistenciales y económicos; dentro de los cuales se encuentran:
 - Servicio de acompañamiento y asistencia en el exterior.
 - Servicios de recepción, atención y registro de reclamaciones en puntos de atención por: incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, auxilio funerario, pensiones, reembolsos y facturas por prestaciones asistenciales.
 - Servicio telefónico para atención al usuario.
 - Servicio de desarrollo e implementación de plataforma tecnológica del sistema core de riesgos laborales.
 - Servicio de recepción y registro de reportes de accidente de trabajo y enfermedad laboral.
 -

- **Georreferenciación:** Es el posicionamiento espacial de un objeto o una persona en un sistema de coordenadas
- **Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud. Anexo técnico No. 6 Res 3047-08 y 416-09
- **Glosa Parcial o Glosa Total:** Facturas con no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud.
- **Habilitación:** Se considera habilitado el servicio, cuando el prestador cuenta con código activo asignado por la Entidad Departamental o Distrital de Salud.
- **Historia clínica:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.
- **Hoja de atención de urgencias.** Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.
- **Incapacidad temporal:** La incapacidad temporal es aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.
- **Incapacidad Permanente Parcial** La Incapacidad Permanente Parcial se presenta cuando el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, sufre una disminución parcial, pero definitiva, en alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual.

Se considera como incapacitado permanente parcial, al afiliado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, presenta una disminución definitiva, igual o superior al 5%, pero inferior al 50%, de su capacidad laboral, para la cual ha sido contratado o capacitado de acuerdo con el marco normativo vigente.

Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales a quien se le defina una incapacidad permanente parcial tendrá derecho a que se le reconozca una indemnización en cuantía única en proporción al daño sufrido, a cargo de la entidad Administradora de Riesgos Profesionales, en una suma no inferior a dos (2) salarios base de liquidación, ni superior a veinticuatro (24) veces su salario base de liquidación

- **Indemnización por incapacidad permanente parcial:** Se considera como incapacitado permanente parcial, al afiliado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad laboral, presenta una disminución definitiva, igual o superior al cinco por ciento 5%, pero inferior al cincuenta por ciento 50% de su capacidad laboral, para lo cual ha sido contratado o capacitado. La incapacidad permanente parcial se presenta cuando el afiliado, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, sufre una disminución parcial, pero definitiva en alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual, en los porcentajes establecidos en el inciso anterior.
- **Listas de chequeo o checklist:** son formatos de control establecidos por segmentos de proveedores (prestadores de servicios de salud – operadores logísticos), donde se relacionan los requisitos documentales a solicitar para los procesos precontractuales (celebración de contrato u otros) se crean para recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática que contribuyan a la correcta ejecución de los procesos de contratación de la compañía
- **Otrosí:** documento de acuerdo entre las partes en el que se puede adicionar el contrato en valor y/o extender el tiempo de ejecución (prórroga) y/o incluir, eliminar o modificar cláusulas, obligaciones o productos en un contrato
- **Pensión de invalidez:** Es aquella prestación económica a la que tienen derecho los afiliados al sistema de riesgos laborales que se consideren en estado de invalidez a la luz de lo dispuesto en la normatividad vigente.
- **Pensión de Sobrevivientes:** Es aquella Prestación económica a la que tienen derecho los beneficiarios del afiliado estipulados por la normatividad vigente, cuando éste fallece como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad laboral estando bajo la cobertura de riesgos laborales.
- **Peticiones** Son solicitudes interpuestas por los asegurados, empresas o entidades donde se pretende conocer en qué estado está el trámite frente a prestaciones asistenciales, prestaciones económicas o actividades de medicina laboral.
- **Prescripción:** Tiempo en que todos los derechos y obligaciones correspondientes a un seguro cesan.
- **Prestaciones asistenciales:** Servicios médicos, quirúrgicos, terapéuticos, farmacéuticos, odontológicos y de hospitalización, suministro de medicamentos, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, prótesis y órtesis, su reparación, y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomiende, rehabilitaciones física y profesional y gastos de traslado, que se le suministran a un trabajador que haya sufrido un accidente o se le diagnostique una enfermedad profesional.
- **Procesos Ordinarios** Requerimientos jurídicos en los cuales la Compañía debe emitir una contestación a los diferentes entes judiciales contribuyendo en la construcción de conceptos y mecanismos de defensa relacionados con la gestión del siniestro.

- **Prorroga:** La prórroga del contrato será aprobada por el Ordenador del gasto, previo concepto del interventor o superviso del contrato. La prórroga, adición o la modificación de este solo se podrá realizar durante el desarrollo del contrato y antes del vencimiento del plazo. La prórroga y/o adición, darán lugar a la modificación de la vigencia de las garantías constituidas por el contratista para la ejecución del contrato.
- **Proveedor:** Persona natural o jurídica que provee un bien o servicio requerido por los asegurados de la Compañía
- **Quejas** Son inconformidades interpuestas por los asegurados, empresas o entidades en relación con una conducta que considera irregular de uno o varios servicios prestados por Positiva, relacionados con prestaciones asistenciales, prestaciones económicas o actividades de medicina laboral.
- **Radicación de Incapacidades:** Proceso mediante el cual se reciben los físicos de las incapacidades temporales en los puntos de atención a nivel nacional para digitalizar las imágenes y realizar la captura de datos.
- **Reembolso:** Reintegro del valor correspondiente al pago de las prestaciones asistenciales en que haya incurrido el trabajador o su empleador con ocasión de un accidente de trabajo o enfermedad profesional calificados por Positiva o las Juntas de Calificación de Invalidez.
- **Rehabilitación:** Se define como el conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas, definidas y conducidas por un equipo interdisciplinario, en el que se involucra al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y a la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador y en su entorno, y que conduzcan a una reincorporación al desarrollo de una actividad ocupacional satisfactoria y a una experiencia de vida con calidad.
- **Rentas Vitalicias:** Es una modalidad de pensión mediante la cual el afiliado o beneficiario contrata directa e irrevocablemente con la aseguradora de su elección el pago de una renta mensual hasta su fallecimiento y el pago de pensiones de sobrevivientes a favor de sus beneficiarios por el tiempo a que ellos tengan derecho.
- **Riesgo:** La posibilidad de que ocurra una pérdida o un daño.
- **Red de prestación de servicios:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada siguiendo los lineamientos 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

- **Reclamos** Son las manifestaciones interpuestas por los asegurados, empresas o entidades que tienen el derecho a exigir, reivindicar o demandar una solución ya sea por motivo general o particular, referente a la prestación indebida de un servicio o a la falta de atención de una solicitud relacionada con prestaciones asistenciales, prestaciones económicas o actividades de medicina laboral. **RECLAMOS** Son las manifestaciones interpuestas por los asegurados, empresas o entidades que tienen el derecho a exigir, reivindicar o demandar una solución ya sea por motivo general o particular, referente a la prestación indebida de un servicio o a la falta de atención de una solicitud relacionada con prestaciones asistenciales, prestaciones económicas o actividades de medicina laboral.
- **Siniestro:** Riesgo que había sido asegurado y cuando ocurre, genera la obligación atender y/o de indemnizar al asegurado.
- **Sustitución Pensional:** Es aquella prestación económica a la que tienen derecho los beneficiarios estipulados en la legislación vigente, del pensionado por el sistema general de riesgos laborales, en caso de fallecimiento de este.
- **Seguro de Vida:** El seguro de vida es un mecanismo que permite proteger la estabilidad económica de la familia, reemplazando el ingreso que se perdería en el evento de la muerte prematura de alguno de los miembros que la sustenta.
- **Seguro Complementario Convenio Uso:** Producto dirigido a los trabajadores de los contratistas de Ecopetrol
- **Tarifa** Precio que deben ser canceladas para la adquisición de un producto o servicio que se desee adquirir, es decir la cantidad de dinero exigida como pago para que dicha persona goce del servicio o el producto.
- **Vigencia del contrato:** La vigencia del contrato empezara a contarse desde la fecha en que quede perfeccionado el contrato y cubrirá el termino previsto para el cumplimiento de los requisitos de ejecución, el plazo para su ejecución y el termino que se haya señalado para practicar la liquidación final.
- **Vida Grupo Deudores:** Es un seguro que garantiza la continuidad del sistema de financiación y crédito. Con este seguro las empresas aseguran el pago que sus usuarios tienen con ellas.
- **Vida Grupo Elección Popular:** Es un seguro dirigido a alcaldes, concejales, ediles, diputados y personeros, sustentado en las disposiciones en el art. 68 de la Ley 136 de 1994, mediante la cual se les garantiza a estas personas el seguro de vida.

III. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE AUDITORIA

1. AUDITORIA CONCURRENTES

Es la evaluación sistemática de la calidad del servicio de hospitalización brindado a nuestros asegurados, la cual debe estar enfocada en las variables de: oportunidad, calidad, pertinencia, racionalización de los recursos de la atención en salud, cumplimiento de normas técnicas, científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud, enfocada principalmente en el proceso evolutivo de la enfermedad y los resultados durante el periodo de la hospitalización.

Se ejecuta con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los asegurados durante la Hospitalización.

El proceso de auditoría concurrente deberá realizarse en el territorio nacional, durante los 365 días del año.

OBJETIVO: Verificar la calidad de la atención de los asegurados desde el punto de vista médico y/o administrativo para garantizar la satisfacción de este , mejorar el costo médico y garantizar la óptima prestación del servicio por parte de la red asistencial contratada y no contratada por Positiva Compañía de seguros.

ALCANCE: Inicia con el ingreso del paciente al servicio de hospitalización y la identificación de los siniestros que requieren auditoria concurrente a los asegurados de los ramos de ARL, pólizas vida - Salud que se encuentran hospitalizados y garantizar la atención integral bajo los estándares de oportunidad, calidad, pertinencia, racionalización de los recursos de la atención en salud, cumplimiento de normas técnicas, científicas y administrativas

Positiva Compañía de seguros con el fin de garantizar la calidad en la prestación del servicio a nuestros asegurados por parte de la red asistencial definida, ha realizado más de 7.000 auditorías de concurrencia durante la vigencia 2019 y 2020.

VIGENCIA	MES	ME DIAS DE ESTANCIA	PACIENTES CONCURRIDOS
2019	Enero	922	303
	Febrero	1280	335
	Marzo	1222	342
	Abril	1232	336
	Mayo	1028	368
	Junio	1037	307
	Julio	1157	337
	Agosto	1132	322
	Septiembre	895	320
	Octubre	2073	347
	Noviembre	2000	328
	Diciembre	1619	281
	Total 2019	15597	3926

VIGENCIA	MES	ME DIAS DE ESTANCIA	PACIENTES CONCURRIDOS
2020	Enero	1507	239
	Febrero	1603	254

	Marzo	1761	248
	Abril	782	161
	Mayo	958	198
	Junio	1124	241
	Julio	1411	286
	Agosto	1081	293
	Septiembre	1647	329
	Octubre	1737	319
	Noviembre	1723	308
	Diciembre	1654	268
	Total 2020	15265	3144

CONCURRENCIA POR MUNICIPIO 2020

CIUDAD/MES	TOTAL
Bogotá, D.C.	734
Bucaramanga	45
Cúcuta	245
Floridablanca	49
Ibagué	125
Neiva	106
Piedecuesta	66
Sogamoso	141
Tunja	126
Villavicencio	118
Apartado	50
Armenia	36
Barranquilla	116
Cali	182
Cartagena	25
Manizales	97
Medellín	412
Montería	51
Pasto	69
Pereira	50
Popayán	116
Santa Marta	62
Soledad	5
Valledupar	118
Total	3144

2. AUDITORIA DE ACOMPAÑAMIENTO

Las Actividades de acompañamiento se realizan para un segmento determinado de asegurados concertado de manera previa, la cual podrá realizarse de manera presencial y/o virtual y/o telefónica en caso de lograr presencialidad en el lugar donde consulte el afiliado siniestrado, con el fin de facilitar las condiciones de oportunidad y calidad del proceso asistencial y administrativo, ya sea en la urgencia, ámbito ambulatorio o en el seguimiento de los servicios relacionados que se deriven de la atención.

Objetivo: Realizar el acompañamiento a los asegurados que ingresan al servicio de urgencias para garantizar y mejorar la calidad en la prestación del servicio en términos de oportunidad y calidad del proceso asistencial y administrativo, ya sea en la urgencia, ámbito ambulatorio o en el seguimiento de los servicios

Alcance: Inicia con el ingreso del paciente al servicio de urgencias y continúa con la gestión de las solicitudes requeridas para la prestación del servicio de manera eficaz y oportuna, para lo cual deberá realizar el acompañamiento a toda la atención de la urgencia, pos urgencia, cargue de órdenes médicas, solicitudes y exámenes para la gestión por parte del operador logístico de autorizaciones

DATOS ACOMPAÑAMIENTO

Para lo corrido de la vigencia 2020 se realizaron 1.032 acompañamientos a nuestros asegurados de segmentos especiales en el servicio de urgencias, de las cuales 863 corresponden a seguimiento en los servicios de urgencias.

Bajo el nuevo modelo que definió la compañía se estima que la cantidad de acompañamiento anual será de 2.500. Por otro lado, se proyecta un técnico y/o tecnólogo de acompañamiento realice en promedio 2,5 acompañamientos al día, cuando este es realizado de manera presencial.

3. AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS

Es el proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de todas las cuentas médicas aceptadas en el proceso de radicación, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes.

Objetivo: Realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas Médicas radicadas por los distintos proveedores de la compañía desde el punto de vista administrativo y financiero según la normatividad vigente y bajo los parámetros contractuales definidos entre Prestadores.

Alcance: Inicia la validación médica y administrativa de las facturas presentadas por los proveedores de la compañía que realizan la prestación de servicios asistenciales a los asegurados, continúa con el registro de los valores aprobados o glosados en el aplicativo asignados para esto y con el proceso del registro de conciliación si hubiere lugar a esta

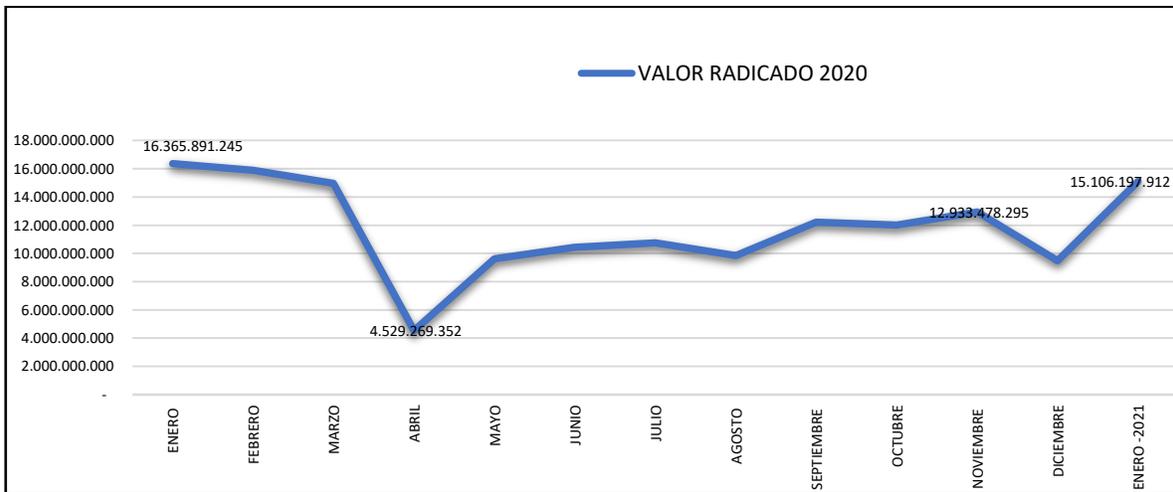
A continuación, se muestra la cantidad de facturas auditadas por vigencia y tipología:

VIGENCIA	TIPO DE SERVICIO	CANTIDAD DE FACTURAS ANUAL
2019	IPS - MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD	182997
	MEDICAMENTOS	149632
	REHABILITACION	122617
	IPS - ALTA COMPLEJIDAD	99202
	TRANSPORTE NO URGENTES	56742
	LABORATORIO - IMAGENOLOGIA	24933
	ESPECIALISTA	19563
	HOSPEDAJE - TIQUETES	18862
	IPS SALUD MENTAL	13704
	ORTESIS - PROTESIS	10159
	EPS	9200
	MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	2772
	AMBULANCIAS	1337
	ALOJAMIENTO	1100
	ODONTOLOGIA	1042
	SUMINISTRO MEDICAMENTOS - OXIGENO	1031
	IPS ATENCION DOMICILIARIA	730
	INVESTIGADOR	456
	LENTE	364
	OPERACIÓN LOGISTICA	38
	AMBULANCIA AEREA	5
IPS - BAJA COMPLEJIDAD	1	
TOTAL DE FACTURAS 2019	716487	

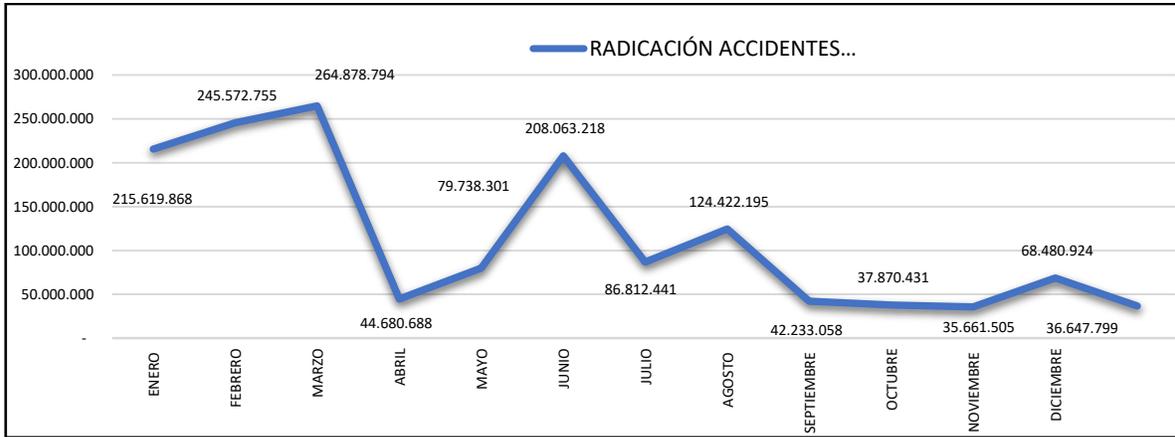
VIGENCIA	TIPO DE SERVICIO	CANTIDAD DE FACTURAS
2020	IPS - MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD	116677
	MEDICAMENTOS	115444
	REHABILITACION	79000
	IPS - ALTA COMPLEJIDAD	65495
	TRANSPORTE NO URGENTES	35262
	LABORATORIO - IMAGENOLOGIA	32136
	IPS SALUD MENTAL	15042

HOSPEDAJE - TIQUETES	13577
ESPECIALISTA	11957
EPS	6936
ORTESIS - PROTESIS	5412
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	1954
SUMINISTRO MEDICAMENTOS - OXIGENO	1482
AMBULANCIAS	777
IPS ATENCION DOMICILIARIA	723
ODONTOLOGIA	701
ALOJAMIENTO	569
INVESTIGADOR	252
LENTES	186
IPS BAJA COMPLEJIDAD	41
TOTAL DE FACTURAS 2020	503623

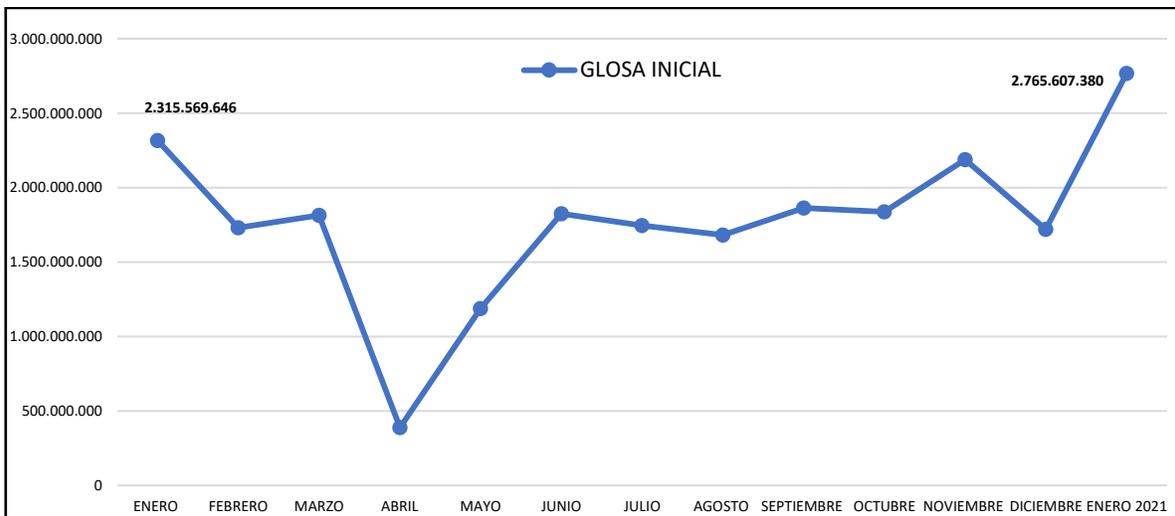
Radicación de facturación Ramo Riesgos Laborales 2020:



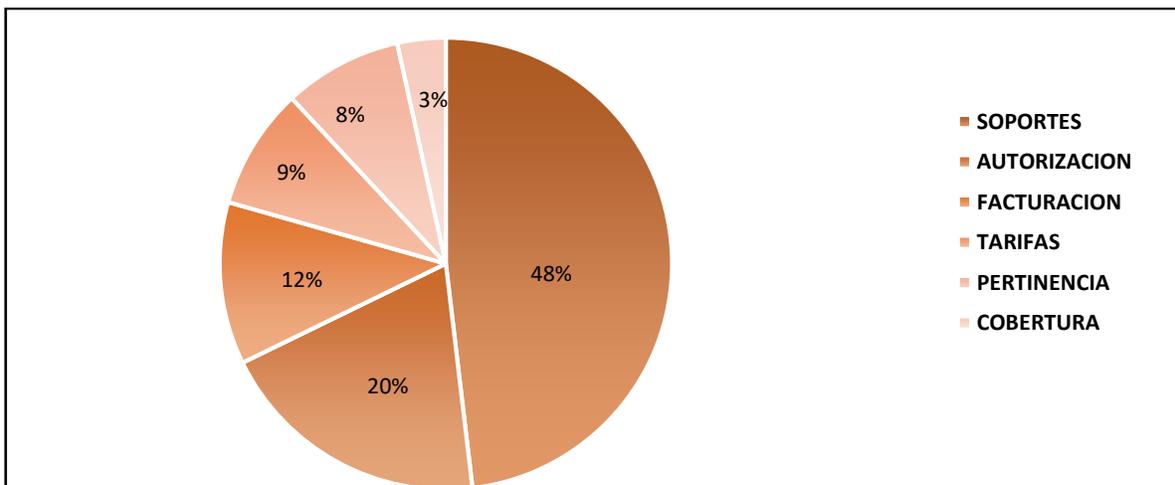
Radicación de facturación Ramo Accidentes Personales 2020:



Glosa Inicial General año 2020:



Motivos de Glosa Inicial 2020:



En todo caso, el valor de facturación de los servicios objeto de auditoría de cuentas médicas fue para el año 2019 de \$174.485.531.811 y de \$130.087.051.673 para el año 2020.

4. AUDITORIA DE REEMBOLSOS

La auditoría de las solicitudes de reembolsos se entiende como la evaluación sistemática de la reclamación de pagos realizados por usuarios o empleadores a fin de satisfacer una necesidad médica o de transporte. Esta debe ser realizada por los auditores médicos o administrativos con el objetivo fundamental de identificar las autorizaciones y la pertinencia médica de la solicitud de reembolsos.

OBJETIVO: Recepcionar y realizar el análisis de las solicitudes de reembolsos para decidir si se efectúa el pago u objeción al empleador o a los asegurados de los costos asumidos por prestaciones asistenciales originadas como consecuencia de un accidente o enfermedad laboral.

ALCANCE: Inicia con la revisión y trámites correspondientes que debe realizar el auditor desde la radicación y publicación de los reembolsos hasta el cierre con la decisión de reconocimiento o con glosa definitiva, en el caso que aplique y se realice la notificación al solicitante.

A continuación, se muestra la estadística de reembolsos radicados-auditados por vigencia:

REEMBOLSOS AÑO 2019			REEMBOLSOS AÑO 2020		
AÑO / MES	CANTIDAD DE REEMBOLSOS	VALOR RADICADO	AÑO / MES	CANTIDAD DE REEMBOLSOS	VALOR RADICADO
Enero	846	392.857.540	Enero	578	315.414.696
Febrero	935	433.417.866	Febrero	663	344.077.807
Marzo	891	412.778.612	Marzo	438	210.450.920
Abril	848	415.758.293	Abril	30	16.170.420
Mayo	793	462.750.107	Mayo	88	60.270.463
Junio	690	314.532.042	Junio	191	120.293.966
Julio	839	429.948.819	Julio	397	246.737.193
Agosto	693	349.461.523	Agosto	302	211.744.517
Septiembre	742	372.722.694	Septiembre	448	252.627.376
Octubre	753	386.828.972	Octubre	415	215.982.310
Noviembre	648	383.890.497	Noviembre	534	226.694.031
Diciembre	559	312.301.741	Diciembre	460	234.302.318
Total general	9.237	4.667.248.706	Total general	4.544	2.454.766.017

Adicionalmente a esto, se proyecta que para el año 2021 se tendrán 6.558 reembolsos y para los años 2022 y 2023 será de 7.943 reembolsos para cada uno de los años.

5. AUDITORIA PARA EL RECONOCIMIENTO DE RECLAMACIONES DE SEGUROS VIDA Y GENERACION POSITIVA

Se realiza para el reconocimiento de las coberturas de gastos médicos, gastos de traslado y riesgos biológico con ocasión a siniestros de los ramos de accidentes personales y salud.

OBJETIVO: Garantizar la calidad en la prestación de servicios para la atención de siniestros de los ramos de VIDA comercializados por la compañía, en términos de oportunidad, calidad y servicio, en las acciones requeridas para el otorgamiento del reconocimiento de pólizas de seguros de vida.

ALCANCE: El proceso de reconocimiento inicia desde el aviso del siniestro presentado por los reclamantes ante la Aseguradora de los diferentes ramos de vida; continuando con el análisis y validación decobertura de la póliza, constitución y ajuste de reservas y finaliza con el pago u objeción del siniestro.

NOTA: El valor de facturación de los servicios objeto de auditoría de reclamaciones fue para el año 2019 de \$ 11.399.057.309 y de \$ 3.585.829.709 para el año 2020.

6. AUDITORIA MEDICA DE INCAPACIDADES TEMPORALES RIESGOS LABORALES

Proceso en el cual se realizan validaciones relacionadas con cobertura, siniestro, requisitos documentales, las cuales están establecidas mediante dos componentes, la auditoria previa o administrativa y la auditoria médica la cual de forma complementaria permiten definir la aprobación para pago u objeción de esta.

Objetivo: Controlar Gestionar las reclamaciones de incapacidades, garantizando la pertinencia y los lineamientos normativos para el pago u objeción oportuna de las mismas.

Alcance: El proceso inicia con la radicación de las incapacidades temporales en el software de radicación establecido por la compañía y finaliza con la decisión del pago u objeción de acuerdo con pertinencia médica del reconocimiento de la incapacidad radicada.

A continuación, se muestra la cantidad de incapacidades auditadas de la vigencia 2019 y 2020:

VIGENCIA	MES	Cantidad de Incapacidades radicadas
2019	Enero	11.600
	Febrero	12.591
	Marzo	13.947
	Abril	12.862
	Mayo	14.508
	Junio	11.877
	Julio	14.268
	Agosto	12.322
	Septiembre	11.457
	Octubre	12.374

	Noviembre	9.993
	Diciembre	10.149
	Total 2019	147.948

VIGENCIA	MES	Cantidad de Incapacidades radicadas
2020	Enero	10.048
	Febrero	10.443
	Marzo	7.725
	Abril	3.195
	Mayo	4.471
	Junio	5.112
	Julio	7.479
	Agosto	7.511
	Septiembre	9.805
	Octubre	11.535
	Noviembre	11.658
	Diciembre	10.668
	Total 2020	99.650

IV. NECESIDAD DE CONTRATACIÓN AUDITORIA

Nos permitimos detallar las actividades que el proveedor deberá tener en cuenta como mínimo para la prestación del servicio:

1. AUDITORIA CONCURRENTENTE

ACTIVIDADES

La visita de concurrencia debe realizarse en el ámbito de hospitalización, y/o ámbitos definidos por la compañía, de manera presencial por médicos, podrá contar con apoyo técnico y administrativo de enfermeros y/o enfermeras s auditores, en horario hábil dentro de las 48 horas siguientes a la notificación del evento y apoyo en casos especiales requeridos en horario no hábil.

Se debe realizar el registro en línea en la herramienta de gestión del siniestro dispuesta por Positiva para tal fin, con la evidencia de la gestión realizada a cada caso concurrido, seguimiento y evoluciones médicas, teniendo en cuenta:

- Tomar como fuente el reporte de transacciones de la herramienta de gestión del siniestro, ámbito hospitalización.
- Verificar constantemente en la herramienta de gestión de siniestros de la compañía para conocer los casos nuevos a concurrir.
- Realizar el censo diario de los casos que se encuentren en el servicio de hospitalización con cargo a Positiva Compañía de Seguros por Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral
- En el momento de realizar la visita el proveedor debe presentarse como Positiva ante el contacto con el asegurado, IPS y/o médico tratante, lo anterior con el objeto de garantizar que el tratamiento cumpla con las variables de oportunidad, calidad, pertinencia, racionalización de los recursos de la atención en salud, cumplimiento de normas técnicas, científicas y administrativas
- Una vez notificado para realizar la auditoria concurrente el proveedor tendrá máximo 48 horas para realizar la visita de concurrencia de manera presencial, en caso de no lograrse presencialmente se debe realizar el seguimiento telefónico dentro de las 24 primeras horas posteriores a la notificación para estancia corta y cada 72 horas para casos de estancia larga.
- Verificar los derechos de los asegurados en la prestación del servicio de pacientes hospitalizados.
- Verificación de las autorizaciones en la herramienta de gestión del siniestro establecida por la compañía.
- Realizar la revisión de la historia clínica de los asegurados en campo con el fin de validar la pertinencia de servicios, costos y posibles desviaciones de procedimiento médicos.
- Brindar apoyo en la recolección de la documentación requerida para la calificación de origen en los casos que se requieran.
- El auditor debe realizar una entrevista al paciente a fin de conocer la satisfacción en la prestación del servicio durante la hospitalización.
- En caso de identificarse fallas de calidad, pertinencia, oportunidad y/o continuidad del servicio, debe notificar a la IPS correspondiente y a Positiva Compañía de Seguros.
- En caso de que el evento sea de origen común el proveedor deberá realizar los trámites requeridos para el cambio de línea de pago.
- Realizar verificación del cumplimiento de las IPS en el recobro por SOAT conforme a la normatividad.
- Identificar servicios, insumos y/o medicamentos no pertinentes y realizar la notificación a la IPS correspondiente y a Positiva Compañía de Seguros.
- En caso de evidenciar la existencia de autorizaciones de servicios emitidas para servicios que no fueron consumidos, informar a la línea de atención por los canales establecidos por Positiva Compañía de Seguros línea nacional de atención 018000111170, 3307000 en Bogotá, bitácoras herramienta de gestión del siniestro, donde se notifique y se solicite la anulación de las autorizaciones de servicios no consumidos)
- Identificar y matricular oportunamente los casos de los asegurados que de acuerdo con su diagnóstico requieran ser incluidos en el programa de rehabilitación integral.
- Gestionar la consecución de los registros faltantes de la historia clínica.

- Registrar en la herramienta de Gestión de siniestro establecida por la Compañía, la evolución médica, notas de bitácora y/o alertas de caso (cuando así se requiera).
 - Verificar que el egreso hospitalario se realice con la oportunidad requerida propendiendo por garantizar el alta temprana , validando posibles alternativas para que puedan continuar con tratamiento fuera de la institución hospitalaria en caso de requerirse
 - Garantizar que al egreso de la IPS el asegurado cuente con: Epicrisis, días de hospitalización, procedimientos, ayudas diagnósticas realizadas, tratamientos pendientes, exámenes de laboratorios solicitados (si aplica), plan de atención ambulatoria, recomendaciones médicas y expedición de incapacidades.
 - Informar al operador logístico de autorizaciones los requerimientos de servicios, insumos y medicamentos del asegurado una vez se dé el alta.
 - Emitir las recomendaciones a Positiva Compañía de Seguros de las oportunidades de mejora relacionadas con las IPS que se identifiquen durante la ejecución de las actividades de auditoria concurrente.
-
- Registrar en la herramienta de gestión del siniestro el informe de alta del asegurado, el cual debe contener: días de hospitalización, procedimientos, ayudas diagnósticas realizadas, tratamientos pendientes, exámenes de laboratorios solicitados (si aplica), plan de atención ambulatoria, recomendaciones médicas, incapacidad.
 - Ejecutar las acciones preventivas y correctivas al proceso cuando se encuentre alguna desviación.
 - Vigilar y controlar la pertinencia clínica y administrativa de la atención brindada a los pacientes en los servicios de urgencias y hospitalización, lo mismo que la pertinencia de las remisiones y contra remisiones
 - Notificar a Positiva Compañía de Seguros los servicios que sean identificados para recobros
-
- Verificar que las actividades y procedimientos pactados se cumplan según las especificaciones técnico-científicas, administrativas, financieras y legales estipuladas en los contratos.
 - Realizar preauditoria médica a fin de garantizar que los servicios prestados Vs los servicios contratados cumplan con los estándares de calidad en la prestación del servicio a los asegurados.
 - En caso de requerirse deberá apoyar con la gestión para garantizar el egreso del asegurado (transporte al domicilio, medios de apoyo para la movilización, oxígeno domiciliario, hospitalización domiciliaria.

Nota: Realizar el cargue durante las veinticuatro (24) horas siguientes al egreso de la información correspondiente en la herramienta de gestión dispuesta por la compañía.

EN CASOS CON POSIBLE INVALIDEZ:

Si durante la auditoria concurrente se identifican casos que por su severidad requieran algún proceso de calificación de invalidez derivados del siniestro actual, estos deben ser reportados de manera diaria mediante los canales establecidos al proveedor de calificación y al profesional designado por la Gerencia Médica de Positiva Compañía de Seguros.

Los criterios para identificación de casos con posible invalidez (si cumple con uno de los siguientes diagnósticos o procedimientos) son:

1. Asegurados con estancia hospitalaria en Unidad de Cuidado Intensivo
2. Asegurados con diagnóstico de Gran Quemado
3. Asegurados con diagnóstico de Trauma Mayor (traumas raquimedulares, columna, cráneo, ojo)
4. Asegurados con proyección de PCL mayor al 50%.
5. Asegurados con diagnóstico de amputaciones de extremidades superiores y/o inferiores totales o de un segmento.
6. Asegurados con diagnóstico de Cáncer Ocupacional

ENTREGABLES

El proveedor deberá remitir los siguientes entregables del servicio:

1. Informe mensual el cual deberá contener como mínimo la siguiente información:
 - Pacientes concurridos con la frecuencia de visitas, donde se identifique: casos por regionales – sucursales, severidad del caso, casos nuevos, estancias prolongadas, promedio de días de estancia.
 - Reporte de Casos matriculados al programa de rehabilitación.
 - Reporte de estado de las pruebas de los casos que estén en proceso de calificación.
 - Reporte de los eventos adversos identificados durante la concurrencia.
 - Informe de casos por reingresos por regional relacionando el diagnóstico.
 - Informe de brechas y hallazgos identificados en los subprocesos de la Gerencia Médica y la Gerencia de Indemnizaciones de Positiva Compañía de Seguros.
 - Reporte de las glosas identificadas en la concurrencia.
 - Reporte de notificación de anulaciones de las autorizaciones no consumidas.
 - Informe con recomendaciones a Positiva Compañía de Seguros frente a aspectos a mejorar de las IPS, frente a la atención de los asegurados.
 - Reporte de casos con posible invalidez al proveedor de calificación y al profesional designado por la Gerencia Médica.
 - Reporte de los servicios identificados para recobros
- 2) Los primeros 10 días hábiles de cada mes el proveedor debe entregar a la Gerencia Médica, la base de datos consolidada y el informe de todos los casos concurridos durante el mes inmediatamente anterior.
- 3) Informe de resultados de encuestas de satisfacción.
- 4) Evolución individual de los casos cargados en las herramientas de gestión asignadas por Positiva Compañía de Seguros, en línea que contendrá como mínimo evolución Clínica del asegurado, plan de manejo, intervención de auditoria de concurrencia.
- 5) Actas de comités Regionales con los compromisos y el seguimiento al cumplimiento de estos.

2. AUDITORÍA DE ACOMPAÑAMIENTO

El proveedor deberá tener en cuenta como mínimo las siguientes actividades para el desarrollo de la auditoría de acompañamiento:

- Verificar continuamente a través de los canales dispuestos por la compañía los casos asignados objeto de acompañamiento.
- El gestor de acompañamiento debe realizar el desplazamiento a la IPS donde se direcciona al asegurado, donde deberá realizar el acompañamiento a este hasta la definición de conducta
- Notificar al operador logístico y registrar la información en la herramienta de gestión del siniestro dispuesta por la compañía de lo relacionado con el acompañamiento realizado.
- Los acompañamientos se realizarán de manera presencial ,en todo caso en los acompañamientos que por fuerza mayor no se pueda realizar el servicio de manera presencial el proveedor deberá realizarlo de manera telefónica
- Verificar y evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad de los prestadores de servicios de salud durante el servicio.
- Realizar encuesta de satisfacción al usuario sobre el servicio recibido

ENTREGABLES:

El proveedor deberá remitir los siguientes entregables del servicio

1. Informe mensual el cual deberá ser entregado en los primeros 10 días calendario del siguiente mes
 - casos acompañados durante el mes
 - Estadísticas de los casos que presentaron acompañamiento por sucursal
 - Estadística de los casos remitidos al operador logístico para el cargue de solicitudes de servicios requeridos por los pacientes posteriores a la urgencia.
 - Resultados de las encuestas de satisfacción a los asegurados.
 - Estadísticas de casos de acompañamiento por empresa
 - Dificultades presentadas durante el periodo
 - Oportunidades de mejora identificadas para las IPS donde se realizó el acompañamiento
2. Base de datos consolidada con el detalle de los casos objeto de acompañamiento.(Excel)
3. Evolución de los eventos cargados en la herramienta de gestión del siniestro, el cuál debe contener como mínimo la evolución clínica del asegurado, plan de manejo, intervención de auditoría de acompañamiento.

3. AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS

ACTIVIDADES

El proveedor deberá tener en cuenta como mínimo las siguientes actividades:

- Recibir y registrar formalmente las cuentas médicas y RIPS
- Verificar la información registrada en facturas y soportes cargados en la herramienta de gestión de la compañía correspondiente al servicio brindado por los proveedores.
- Validar que las autorizaciones correspondan a los servicios facturados
- Revisar la pertinencia médica de los servicios facturados
- Validar que los servicios ejecutados por hallazgo quirúrgico sean pertinentes al siniestro
- Validar que la información entregada cumpla con las especificaciones del contrato y normatividad vigente
- Verificar con el delegado de la IPS, el listado y las facturas que se están radicando. En caso de encontrar inconsistencias comunicarlas al prestador. En caso de no cumplir los criterios el proveedor deberá realizar el trámite correspondiente a glosa
- La notificación de la glosa deberá contener como mínimo número de factura, número del documento, nombre del usuario, concepto glosado y causa de la glosa (ARTÍCULO 57° de la Ley 1438 de 2011 y Anexo técnico no. 6 manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación, Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009).
- Cargar la notificación de la factura glosada en la herramienta de gestión asignada por Positiva Compañía de seguros para tal fin.
- Garantizar que glosa sea notificada a los proveedores por los canales establecidos y se realice la socialización correspondiente a fin de que se inscriba en el portal y se consulte el estado de las facturas radicadas y descargue la correspondiente notificación en formato PDF.
- Una vez el proveedor de servicios de salud de respuesta a la glosa (aceptación o justificación de la no aceptación), el auditor tendrá un plazo máximo de diez (10) días hábiles de recibida la respuesta, para dar contestación de levantamiento total o parcial de la glosa o ratificación de estas, esto deberá contar con el respectivo soporte que sustenten la decisión del auditor.
- el proveedor deberá remitir la respuesta mediante correo certificado con el fin de garantizar el conocimiento del proveedor de servicios de salud del proceso.
- El proveedor tendrá 6 días para realizar la auditoría inicial de la factura. La auditoría debe garantizar que la comunicación de la glosa sea efectivamente recibida por el proveedor
- El proveedor dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta en el aplicativo Positiva Cuida 1 decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como ratificadas para iniciar el proceso de conciliación.
- Realizar pre auditorio in situ de las cuentas de los servicios prestados a fin de disminuir glosas en los servicios facturados.
- El proveedor deberá asignar por correo certificado para garantizar la respuesta de las glosas de los prestadores que no contestaron en tiempos y de las que se encuentran ratificadas, a través de la herramienta documental que disponga la compañía, y realizar agendamiento de cita de conciliación dentro de los siguientes 10 días hábiles después de la no contestación del prestador, estipulando los plazos máximos que la Gerencia de Indemnizaciones determine y el tiempo de silencio administrativo al no dar respuesta, para el cierre de las mismas

- Estará a cargo del proveedor concertar la cita de acercamiento y conciliación, dejando como evidencia el acta de conciliación; la cual debe ser firmada por las dos partes involucradas y cargada en el aplicativo como soporte a cada factura. En caso tal que el proveedor de servicios de salud no responda al oficio remitido por la auditoría en lo correspondiente al proceso de conciliación de glosa, la auditoría deberá realizar una citación de conciliación dentro de los siguientes diez (10) días hábiles después de la no contestación del prestador, reiterando la necesidad de respuesta.
- Ante cualquier inconveniente presentado en el proceso de la auditoría dado por la cantidad de anexos de las facturas, publicación extemporánea en el aplicativo para la gestión o fallas tecnológicas en el sistema el proveedor deberá notificar a líder de prestaciones asistenciales, con el fin de ampliar los tiempos de gestión para que no afecten los Acuerdo de Niveles de Servicio "ANS".
- Realizar capacitaciones a los prestadores de la red asistencial en políticas de auditoría en facturación para lograr disminuir las glosas, las cuales deberá tener como soporte el listado de asistencia

El proveedor deberá contemplar como mínimo los siguientes lineamientos en el proceso de conciliación:

- Evaluar integralmente los soportes anexados a la factura para la contestación de las glosas y/u objeciones.
- Registrar los valores finales de la contestación o conciliación y la causal de esta en el aplicativo designado para dicho proceso.
- Toda glosa que se ratifique no se podrá cerrar en el aplicativo hasta que no se cuente con acta de conciliación de glosa.
- Toda acta debe ser enviada al revisor de cuentas médicas de Positiva Compañía de Seguros, una vez se cuente con la firma de las partes involucradas.
- Toda acta debe venir firmada por las partes involucradas para ser aplicada.
- Cuando se presentan casos de envíos por correo certificado o electrónico, se debe adjuntar la evidencia de acuse de recibido por parte del proveedor.
- Para que el funcionario delegado por la IPS o proveedor de servicios pueda firmar el acta de conciliación debe presentar una carta o poder firmado por el Gerente de la entidad en donde se le da poder y autonomía para llevar a cabo dicho proceso.

Nota 1: No se limita valores mínimos a glosar, por lo tanto, las firmas auditoras deben garantizar la glosa por el valor que corresponda a cada factura.

Nota 2: En caso de que se presente facturas de urgencias de proveedores que no tienen convenio con Positiva Compañía de Seguros, la tarifa máxima a reconocer será SOAT pleno, Decreto 2423 de 1996; si existen procedimientos que no estén establecidos en el manual tarifario SOAT se pagarán a tarifas propias del proveedor. En caso de que el proveedor facture a tarifas ISS 2001 /2004 su tope máximo será el resultado de la homologación a tarifario SOAT pleno vigente. Decreto 2423 de 1996.

Nota 3: Una vez formuladas las glosas a una factura, las firmas auditoras no podrán formular nuevas glosas a las mismas, salvo las que surjan de hechos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

Nota 4: Las firmas auditoras deberán realizar un acercamiento con las IPS y Proveedores, con el objetivo de establecer los tiempos de respuesta y la consecución de los soportes documentales, así estas lograrán la sustentación oportuna a las glosas.

Nota 5: El proceso de conciliación debe constar de dos comunicaciones efectivas enviadas bien sea por correo electrónico o correo certificado, después de la notificación de la glosa inicial en donde se garantice el debido proceso, antes del cierre por silencio de la entidad. Las evidencias de recibido de dichas comunicaciones serán el soporte del cierre del proceso de conciliación las cuales deberán ser cargadas en la herramienta establecida por la compañía.

Nota 6: Todo evento deberá corresponder a un Accidente Laboral, Enfermedad Laboral o una Póliza de Complicaciones Quirúrgicas o Accidentes Personales.

DIRECTRICES PARA LA AUDITORIA Y CONCILIACIÓN DE GLOSAS DE CASOS ESPECIALES:

a. Afiliación:

Cuando desde la auditoría de cuentas médicas, no se logre evidenciar la afiliación para la fecha de prestación del servicio asistencial o la misma no esté relacionada con el empleador fuente del siniestro, se escalará el caso por correo electrónico a la Gerencia de Afiliaciones donde se resolverá dicha consulta en un término no mayor de dos días.

En caso de que la respuesta no sea positiva, no se iniciará proceso de conciliación de glosa y se informará al proveedor el no reconocimiento de esta, adjuntando el certificado de afiliación.

b. Cobertura:

Cuando desde la auditoría de cuentas médicas se identifique cobro por prestación del servicio asistencial y el siniestro relacionado este definido con calificación de origen común sin estar en firme, para los casos que se les ha creado siniestro a partir del 1 de septiembre 2020 se escalará mediante correo electrónico a la Gerencia Médica, donde se definirá su calificación. En caso de que la respuesta emitida no sea positiva y que no cuente con la autorización de servicios, no se iniciará proceso de conciliación de glosa y se informará el no reconocimiento de esta.

Para este caso la evidencia que soporte esta decisión será el comunicado emitido por la firma auditora en el cual se expresa el no reconocimiento por parte de la ARL, por lo tanto, la IPS deberá remitirse a la segunda línea de pago. En el aplicativo se debe cargar para cada factura la evidencia de calificación y la carta de notificación al prestador.

c. Tarifas No Definidas:

Cuando desde la auditoría de cuentas médicas se identifique diferencia de tarifas pactadas o no exista la misma en los cobros de prestaciones de servicios asistenciales, es deber del auditor escalar la consulta a la Gerencia Médica a través de correo electrónico con el fin de obtener respuesta en un término no superior a dos días hábiles; basados en el soporte de respuesta de parte de la Gerencia Médica, se procederá a definir la factura; si se tiene notificación desde esta gerencia manifestando un mayor tiempo de análisis, esta solicitud se tendrá en cuenta para la exoneración de ANS pactados y la factura se dejará abierta hasta un máximo de 15 días hábiles desde la fecha de la radicación.

- d. Plazo Máximo Para Realizar Cierre De Conciliación: Las firmas auditoras contarán con un término de **cuatro meses desde la radicación de la factura para adelantar la gestión de glosas, la formulación, citaciones de conciliación, control de gestión y definición, dejando como evidencia en el sistema el seguimiento de las dos notificaciones correspondientes.**

e. Exclusiones:

Litigios-Embargos: Estos casos serán exceptuados de la aplicación de estos lineamientos y en cualquier momento podrán ser conciliados según la evolución del proceso judicial. Las facturas quedarán abiertas hasta que dicho fallo jurídico decreta la generación del pago o la ratificación de estas.

Liquidadas: Se procederá con el cierre definitivo del proceso de conciliación registrando como evidencia en el aplicativo el acta de liquidación de la Cámara de Comercio, por extinción de la persona jurídica.

En liquidación: se dejarán vigentes las glosas por conciliar que surta el proceso definitivo de liquidación, realizando la anotación en el sistema. Es importante que se registre como evidencia en el aplicativo la condición de estas.

ENTREGABLES

El proveedor deberá remitir los siguientes entregables del servicio

- Informe de gestión el cual deberá contener como mínimo: Introducción, detalle de las actividades realizadas, seguimiento y control de hallazgos, oportunidad en la gestión de los requerimientos realizados por Positiva; pertinencia en los servicios, seguimiento a planes de mejoramiento, recomendaciones
- Los primeros 10 días hábiles de cada mes el proveedor de auditoria debe entregar a la Gerencia de indemnizaciones un informe que contenga como mínimo:
 - Proveedores y facturas auditadas.
 - Cargue información en los aplicativos de la compañía
 - Oficios y comunicaciones a proveedores de servicios de salud
 - Actas de conciliaciones

4. AUDITORIA DE REEMBOLSOS

ACTIVIDADES

El proveedor deberá tener en cuenta como mínimo las siguientes actividades para el desarrollo de la auditoría de reembolsos

- El proveedor deberá verificar que el reembolso cuente con una solicitud y un número de autorización y cumpla con las condiciones de pago (pertinencia médica). Si el reembolso es por traslados y no se encuentra autorizado, se verificará que exista el número de la solicitud.
- Realizar la revisión histórica del reembolso solicitado por el usuario y/o empleador verificando que no haya un doble cobro.
- Validar cobertura del afiliado y calificación de origen del siniestro como profesional en los aplicativos dispuestos por la compañía. En caso de tratarse de un evento calificado origen común en firme con autorizaciones de asistencia médica o traslados, se avalará de acuerdo con la auditoría integral y se reportará como posible recobro a casa matriz.
- El proveedor deberá realizar la revisión de la pertinencia médica y administrativa de la solicitud de cobro y su directa asociación con el evento calificado y su autorización médica correspondiente.
- El proveedor deberá verificar la documentación soporte requerida para la gestión de la solicitud.
- El proveedor reportará hallazgos en la auditoría de alto costo, eventos sin calificación de origen, calificación de PCL, error en la radicación de las solicitudes y/o autorizaciones por parte del operador logístico, diligenciamiento erróneo de las bitácoras, en los casos que aplique.
- Generar informes con la operación adelantada, que permitan la identificación temprana para la realización de acciones de mejora y control para el procesamiento y reconocimiento de reembolsos.
- El proveedor tendrá un plazo no mayor a 6 días hábiles para realizar un informe detallado de los hallazgos encontrados en la solicitud de reembolso, informando de manera oficial por los canales definidos.
- En caso de que la solicitud no presente hallazgo, el proveedor deberá generar la carta de aprobación correspondiente.
- El proveedor deberá garantizar que la notificación de aprobación, objeción y conciliación emitida al usuario sea enviada a la dirección de correspondencia registrada en los aplicativos en un plazo máximo de 5 días calendario posterior a la auditoría.
- En caso de realizarse un proceso de conciliación el proveedor deberá realizar las comunicaciones correspondientes al resultado del proceso de conciliación en un plazo máximo de 10 días calendario. En caso de que la auditoría considere que persiste la no conformidad (glosa u objeción) o se subsana la glosa (objeción) se notificará el resultado de esta al afiliado.

- Para las actividades mencionadas, el oferente deberá disponer de una línea de atención al usuario en horario de oficina para aclarar dudas y propiciar la gestión oportuna de los documentos que requiera recibir por parte de los usuarios para la auditoria. Se requiere grabación de llamadas y disponibilidad de grabaciones.
- El oferente deberá disponer de un correo electrónico para atender a los solicitantes de usuarios o funcionarios de Positiva para aclaraciones de glosa y aporte de documentación, en el que se garantice la respuesta como máximo al tercer día hábil de recibido el requerimiento.
- Aunque el auditor no dará respuestas directas a las PQRS si debe suministrar la información para los casos que sean de su competencia.

Nota 1: El aval para pago del reembolso por prestaciones asistenciales solo se hará efectivo si se cuenta con una autorización aprobada, o de acuerdo con la pertinencia médica y administrativa se avalará para pago.

Nota 2: Cuando el reembolso corresponda a accidente de tránsito (SOAT) la ARL asumirá las prestaciones asistenciales una vez superado el tope del cubrimiento de la póliza, siempre y cuando se presente la certificación por parte de la aseguradora.

Nota 3: La notificación de glosa debe contener el documento equivalente glosado (objeción) donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, concepto glosado y causa de la glosa.

Nota 4: La persona natural o jurídica deberá dar respuesta a las objeciones (glosas) presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

ENTREGABLES

El proveedor deberá remitir los siguientes entregables del servicio

- Informe mensual de ejecución el cual deberá contener como mínimo: clasificación de las causales de reembolsos, cantidad de reembolsos presentados mensualmente; valor aprobado por auditoria de los reembolsos, ciudades de mayores reembolsos, análisis con alerta de reembolsos de alto costo y casos de posible fraude.
- Registro individual de la decisión de las solicitudes de reembolso en la herramienta dispuesta por la Compañía.
- Base de registro de llamadas el cual debe contener como mínimo: nombre del usuario, documento, identificación del reembolso, con anotaciones respectivas y concepto de llamada.

5. AUDITORIA PARA EL RECONOCIMIENTO DE RECLAMACIONES DE SEGUROS VIDA Y GENERACION POSITIVA

ACTIVIDADES

El proveedor deberá tener en cuenta como mínimo las siguientes actividades para el desarrollo de la auditoría:

- Validar que el nombre del paciente atendido corresponda al nombre de la persona a la cual se le dio autorización previamente.
- Revisar que el evento NO sea originado por un Accidente de Trabajo o Enfermedad Laboral.
- Verificar congruencia entre los servicios autorizados vs los servicios facturados (si aplica, según condiciones de póliza)
- Analizar la pertinencia médica del evento facturado.
- Revisar cumplimiento de acuerdos contractuales como tarifas, cobertura, vigencia, materiales, condiciones especiales. el clausulado y las excepciones.
- Todo lo facturado debe estar soportado en la Historia Clínica.
- Ingresar en el aplicativo definido por la compañía, la información requerida.
- Validar que la complicación presentada se encuentra dentro de las complicaciones cubiertas por póliza, de acuerdo con el clausulado de la misma.
- Validar que el valor de las facturas radicadas no supere el valor contratado en la póliza.
- Validar las tarifas para el pago, si la IPS no tiene convenio estará cubierta por la póliza y se pagará de acuerdo con las tarifas SOAT según lo establecido en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993. De acuerdo con el clausulado de póliza artículo 4.13, parágrafo primero.
- Verificar que el médico o cirujano que lo atienda esté legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- Validar que los gastos de hospitalización sean los que se ocasionen dentro de una clínica u hospital, debidamente autorizados para prestar tales servicios.
- Comprobar que los medicamentos recetados por el médico tratante vinculado a la IPS que prestó la atención al asegurado, sean de aplicación absoluta, exclusiva y necesaria para la curación de las lesiones sufridas en la complicación de la cirugía y/o accidente
- Verificar que la presentación de las facturas cumpla con los requisitos de la DIAN, y que las cuentas de cobro sean originales.

ENTREGABLES

- Informe de gestión el cual deberá contener como mínimo: Introducción, detalle de las actividades realizadas, seguimiento y control de hallazgos, oportunidad en la gestión de los requerimientos realizados por Positiva; pertinencia en los servicios, seguimiento a planes de mejoramiento, recomendaciones entre otros.
- Base de datos con la información con la relación de los casos auditados donde se debe especificar estado actual , si fue o no aprobado por la auditoria

6. AUDITORIA DE INCAPACIDADES

La auditoría de Incapacidades Temporales tiene las siguientes Fases que el proveedor deberá tener en cuenta, para el cumplimiento de este servicio:

1. Fase de Inconsistencias en radicación

En esta fase el proveedor de auditoría médica debe tramitar las incapacidades que presentan inconsistencia por correlación diagnóstica o la asociación correcta al siniestro por el cual se deriva la incapacidad.

2. Fase Incapacidades asociadas a siniestro sin determinación

En esta fase se identificarán las incapacidades asociadas a siniestros que no tienen determinación de origen o diagnósticos que no se han adicionado a la calificación inicial del siniestro con la finalidad de ser notificados a la gerencia médica mediante célula de trabajo.

3. Fase de Auditoría Médica

En esta fase se visualizarán el formato de radicación, la incapacidad los soportes adjuntos a la misma con el cual el auditor deberá validar la pertinencia médica y cumplirá como mínimo con las siguientes actividades:

- Verificación, solicitud y documentación soporte de la incapacidad.
- Verificar el origen del diagnóstico por el cual viene expedida la incapacidad. Para los casos en los cuales el diagnóstico registrado en la incapacidad es diferente al calificado se tendrá posibilidad de homologar o correlacionar de acuerdo con la pertinencia médica y/o código de CIE10, verificando en soportes de historia clínica.
- El auditor deberá realizar documento oficial informando al siniestrado y a la empresa de la objeción o devolución de la incapacidad temporal. Este concepto deberá contar con el soporte documental de la decisión de la auditoría.
- Realizar la notificación al usuario a través de los diferentes canales establecidos por la compañía.
- Se debe validar el cumplimiento de los requisitos de la expedición de la incapacidad que incluye: Numero de documento o registro del profesional que expide la incapacidad, nombre del médico u odontólogo que expide la incapacidad y nombre de la entidad que expide la incapacidad. La firma auditora deberá objetar incapacidades que presenten alteraciones y enmendaduras al certificado de incapacidad expedido y eventuales manipulaciones de la información consignada en los documentos soporte.
- Se deberá realizar revisión en el RETHUS, de todos los médicos que expiden incapacidades de no encontrarse registro serán sujetas a objeción.
- Los médicos que se identifiquen que no están en RETHUS y son de la red asistencial se deberá notificar a la Gerencia médica para su seguimiento.

- La Auditoria deberá consultar RUAF para trabajadores desvinculados con enfermedades laborales validando si somos la última ARL
- La firma auditora deberá soportar técnicamente los casos aprobados u objetados en pertinencia médica y debe cumplir los tiempos de 5 días hábiles que permitan garantizar oportunidad en el reconocimiento de las incapacidades temporales
- En los casos que la Compañía requiera la revisión para decidir una incapacidad cuya reclamación sea a través de Tutela, solicitudes de Entes de Control, PQR o nueva revisión de Incapacidad Temporal (Its) por presentación de nuevos soportes documentales, la auditoría deberá pronunciarse prioritariamente sobre la pertinencia del caso remitido; esta podrá realizarse por correo electrónico, debido a que este tipo de reclamaciones en la mayoría de los casos no se radican a través de los sistemas de información
- En los casos en que no se cuente con historia clínica adjunta a la IT y que éste documento sea necesario para la aprobación u objeción, se verificará el caso en el Aplicativo Cuida 2 o en Cuida 1 módulo ACM para garantizar toda la gestión médica del siniestro con el fin de complementar el estudio de las Its y así realizar de forma integral la pertinencia médica para el reconocimiento de las incapacidades; cuando no se cuente con la información en ninguno de los aplicativos y se requiera para realizar análisis de pertinencia o adición diagnóstica, se solicitará el resumen de historia clínica o epicrisis según el caso al asegurado, por lo cual la auditoria encargara de esta notificación por los medios que Positiva disponga.
- El auditor deberá evaluar las incapacidades Permanentes Parciales por PCL con calificación superior al 5%, es posible que el siniestrado sea incapacitado nuevamente, ya sea por una recaída, reagudización o progresión de las secuelas.
- Realizar los trámites correspondientes a la objeción de incapacidades temporales asociadas a siniestros con calificación formal de PCL de 0% en firme, realizando los análisis necesarios frente a la pertinencia Medica.
- El auditor deberá realizar la solicitud de documentos que requiera para la validación de la auditoría de la incapacidad y garantizar que esta solicitud le sea entregada al solicitante y al usuario en caso de que el que radique sea la empresa
- Se deberán objetar incapacidades expedidas en formato de medicina prepagada, se exceptúan los casos de incapacidades para usuarios de Empresas especiales que defina Positiva y los eventos relacionados con Covid-19 calificados como origen laboral.

Se considerarán validas la IT expedidas por Telemedicina y le aplicarán los mismos criterios de auditoria para las expedidas por las IPS de consulta presencial

Nota 1: Cuando una solicitud de incapacidad temporal no cumpla alguno de los requisitos definidos en las reglas paramétricas para la validación de los datos contenidos en el formato de radicación y en el formato de incapacidad contra la base

de datos de ISARL o no cumpla con requisitos documentales, se genera devolución u objeción de tipo administrativo.

Nota 2: la Auditoría deberá proponer un procedimiento para las incapacidades expedidas por fuera de la RED, cuando sea la primera incapacidad deberá validar que el soporte sea verídico y analizar el caso del porque el usuario se está saliendo de la red para que desde los procedimientos de autorizaciones medicas pueda encaminarlo según las recomendaciones de auditoría a la red adscrita con la asignación de citas médicas, buscando que se le garantice al usuario el debido proceso, de persistir una segunda radicación de incapacidades por fuera de la red y la auditoría analiza el caso podrá determinar suspensión de las prestaciones económicas por no someterse a los exámenes controles o prescripciones que le son ordenados

Nota 3: No se hará el reconocimiento de incapacidades temporales asociadas a enfermedades laborales de afiliados desvinculados hasta tanto el usuario soporte la última ARL a la cual se encuentra afiliado. En caso de que no se cuente con la información para realizar la consulta en el RUAF, se solicitará como último recurso por parte de auditoría una declaración carta juramentada en la que certifique última ARL.

Fase de revisión por segunda vez de Objeciones

Se requerirá por parte de la firma auditora buscar el mecanismo de revisar si los casos que se encuentran objetados por origen y no estén en firme ya fueron calificados laboralmente para que entren en revisión.

Si los casos objetados fueron por falta de soportes documentales y estos llegan a la compañía a auditoría deberá revisar nuevamente la incapacidad y definirla.

En los casos de segunda revisión y que ésta genere un cambio de estado, se deberá dejar consignado en el campo de observaciones el motivo del cambio.

Las IT que presenten alguna adición de información manual relacionado con códigos o nombres del diagnóstico, la auditoría podrá avalar la IT de acuerdo a la pertinencia médica y los soportes adjuntos que se encuentren en los aplicativos.

La auditoría acompañara las mesas de trabajo de incapacidades Temporales donde se requiera aclaración de las objeciones a las empresas.

Fase de auditoría Médica de recobros de Incapacidades

- La auditoría deberá realizar la auditoría de las Incapacidades de recobros de las EPS, las cuales se auditan por fuera del sistema de información de Positiva, por lo tanto, la firma auditora deberá buscar los mecanismos para que se esté constantemente cruzando la información que radica la EPS contra la información que radian los demás solicitantes evitando de esta

- forma un doble pago por la misma incapacidad.
- La auditoría deberá conciliar con las diferentes EPS a nivel nacional las objeciones a las incapacidades y deberá levantar actas donde lleguen a los acuerdos de estas y así cerrar vigencia de las objeciones.

Conceptos Médicos

La firma auditora deberá dar recomendación o realizar análisis de casos que sean solicitados por Positiva.

La firma auditora deberá implementar un proceso de reauditoria interna para cada una de las fases de la Auditoria de Incapacidades

La Auditoria deberá presentar a Positiva los controles que aplicara al proceso de auditoría de Incapacidades Temporales

La auditoría deberá monitorear en forma permanente las bandejas de entrada de nuevas incapacidades asignadas tanto para la fase de asociación de diagnóstico de la incapacidad como para la fase de auditoría médica con la finalidad de evitar que queden pendientes de trámite.

El proponente deberá presentar su propuesta de segmentación de casos para definir su metodología de auditoria cada 6 meses con base al comportamiento de las incapacidades.

ENTREGABLES

- ✓ Informe mensual donde se especifique el desarrollo de cada una de las incapacidades auditadas según la metodología definida y detalle de su estado al terminar el mes
- ✓ Todos los informes que Positiva Compañía de Seguros requiera con respecto a la auditoría de incapacidades.

V. INTERVENTORIA

De acuerdo con el Manual de Abastecimiento de la compañía, el objeto de la supervisión o interventoría dentro de un contrato celebrado por POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., consiste en realizar un seguimiento detallado del objeto contractual para verificar el cumplimiento de las obligaciones derivadas del mismo, el acatamiento de las especificaciones técnicas ofrecidas y supervisar la ejecución de las actividades administrativas establecidas en cada uno de los contratos y la sujeción al presupuesto asignado.

La Interventoría consistirá en el seguimiento técnico, administrativo, jurídico y financiero que sobre el cumplimiento del contrato realice una persona natural o jurídica contratada

para tal fin por POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., cuando el seguimiento del contrato suponga conocimiento especializado en la materia, o cuando la complejidad o la extensión o la cuantía de este lo justifiquen..

el servicio consistirán en una interventoría integral que comprenderá, además del seguimiento técnico, el seguimiento administrativo, financiero y jurídico de los contratos asignados por Positiva Compañía de Seguros, por lo tanto, el servicio incluirá el apoyo y asesoramiento en todos los asuntos que se susciten para una adecuada labor.

El proveedor deberá validar y garantizar que dentro de su operación cuente con las herramientas necesarias para garantizar que el seguimiento técnico administrativo, financiero, contable y jurídico a los contratos designados para la respectiva labor de interventoría, cumpla con estándares de calidad y oportunidad requeridos por Positiva Compañía de Seguros.

OBJETIVO

Cumplir las funciones naturales o jurídicas, para controlar, exigir , verificar la ejecución y el cumplimiento del objeto, las condiciones, los términos y las especificaciones de los contratos de la Red Asistencial dentro de los parámetros de establecidos en los documentos precontractuales y contractuales

ACTIVIDADES GENERALES DE LA INTERVENTORÍA:

El proveedor deberá tener en cuenta como mínimo las siguientes actividades para el desarrollo de la interventoría:

1. Conocer y entender los términos y condiciones de los contratos asignados por la compañía.
2. Advertir oportunamente los riesgos que puedan afectar la eficacia del contrato o cualquier situación que implique la materialización de riesgos de acuerdo con la matriz definida para cada uno de los contratos objeto de interventoría, así como tomar las medidas necesarias para su corrección y/o mitigación.
3. Hacer seguimiento del cumplimiento del plazo del contrato y de los cronogramas previstos en los respectivos contratos objeto de interventoría.
4. Identificar las necesidades de cambio o ajustes que se requieran para el desarrollo de los respectivos contratos objeto de la interventoría.
5. Gestionar las dificultades que se presenten entre el proveedor objeto de interventoría y la compañía durante la ejecución del contrato.
6. Revisar si la ejecución del contrato cumple con los términos de este y las necesidades de Positiva Compañía de Seguros, así como actuar en consecuencia de acuerdo con lo establecido en el contrato.
7. Verificar que el proveedor cumpla con las obligaciones contractuales pactadas y en los documentos que forman parte integrante del mismo.
8. Solicitar los informes necesarios y convocar a las reuniones requeridas para el seguimiento de los contratos objeto de interventoría

9. Informar y denunciar a las autoridades competentes cualquier acto u omisión que afecte la moralidad pública con los soportes correspondientes.
10. Asistir y participar activamente en los comités técnicos y/o reuniones, convocadas por Positiva Compañía de Seguros o el supervisor delegado. , así como la suscripción las actas generadas durante la ejecución del contrato con el objetivo de documentar las reuniones, acuerdos y controversias entre las partes.
11. Proyectar las actas de liquidación de los contratos asignados los cuales debe incluir un análisis detallado de las condiciones de calidad y oportunidad en la entrega de los bienes o servicios, y además, el balance económico del comportamiento financiero del contrato.
12. Verificar que las garantías mantengan su vigencia durante la ejecución del contrato.
13. Corroborar y certificar que el contratista cumple con las condiciones técnicas, jurídicas, administrativas y financieras pactadas en el contrato y en las condiciones mínimas o términos de referencia del respectivo proceso de selección.
14. Informar a los supervisores del contrato cualquier causa de incumplimiento que se presente en la ejecución de los contratos asignados.
15. Rendir informes periódicos sobre el estado y avance de los contratos.
16. Elaborar los informes, evaluaciones y anexar oportunamente los documentos que permitan tener suficientes elementos de juicio, para evaluar los estados, avances de los contratos, de igual manera en iniciar procesos de incumplimiento o aplicación de ANS en caso de requerir sanciones.
17. Deberá observar y atender el manual, guía, procedimiento e instructivos de la compañía.
18. Realizar seguimiento al uso adecuado de los procesos, procedimientos, formatos y demás documentos que deban utilizar con base al Sistema Integrado de Gestión y Gestión de Calidad por parte de los contratistas objeto de interventoría.
19. Estudiar y resolver oportunamente los requerimientos de carácter técnico, jurídico, financiero y/o administrativo que se presenten en los contratos objeto de interventoría. En caso de requerir modificaciones, el CONTRATISTA DE LA INTERVENTORÍA deberá comunicarle de manera inmediata a Positiva Compañía de Seguros para su respectiva decisión. Dicha comunicación irá acompañada de un concepto correspondiente y soportado con la debida justificación técnica, financiera, administrativa y jurídica según corresponda.
20. Verificar que los servicios y bienes ofrecidos por cada proveedor tengan toda la documentación en regla, de acuerdo a la normatividad aplicable para cada caso.
21. Atender de manera oportuna las instrucciones impartidas por Positiva Compañía de Seguros y/o el supervisor delegado.
22. Realizar seguimiento a las PQRS, tutelas o solicitudes de información enviadas a los proveedores con el fin de que remitan de manera oportuna

2.2 INTERVENTORÍA INTEGRAL:

La interventoría integral tendrá los siguientes componentes:

2.2.1 SEGUIMIENTO TÉCNICO:

Consistirá en la vigilancia de las condiciones técnicas y demás especificaciones establecidas en los ANS, ficha técnica, términos de referencia y demás documentos que sean parte integral de los contratos objeto de la intervención.

Con el fin de cumplir con el objeto contractual, se han definido las actividades mínimas contempladas en la labor de seguimiento:

ACTIVIDADES

1. Adelantar una revisión permanente de las obligaciones , ANS, ficha técnica, términos, Estudios y productos de los contratos asignados por Positiva Compañía de Seguros objeto de la interventoría, de forma que controle la calidad de los servicios y/o bienes prestados y/o entregados
2. Revisar y realizar el seguimiento a todas las condiciones bajo las cuales los contratos fueron adjudicados con base a la oferta definitiva
3. Aprobar y realizar el seguimiento al cronograma presentado por los contratistas a los cuales se les realiza una interventoría en tiempo real y bajo los lineamientos dados por Positiva Compañía de Seguros S.A.
4. Llevar un registro de las novedades, órdenes e instrucciones impartidas en la ejecución del contrato y recomendar los ajustes necesarios.
5. Previo a la suscripción del acta de inicio, el interventor deberá verificar que el equipo del contratista cumpla con las especificaciones técnicas y experiencia requeridas por la compañía. En caso de que el contratista no cumpla con el personal ofrecido, este tendrá un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para subsanarlo, de lo contrario no se llevaría a cabo la suscripción del acta de inicio correspondiente.
6. En caso de que el contratista durante la ejecución del contrato realice algún cambio del personal que esté relacionado con el mínimo requerido en el proceso, el interventor deberá revisar la hoja de vida y experiencia durante el mes siguiente al cambio y verificar que cumpla con lo solicitado en la ficha técnica, términos, estudios previos. En caso de no cumplir deberá ser informado al proveedor para que realice el trámite requerido para el cumplimiento de los documentos precontractuales y contractuales
7. Promover medidas de reacción para superar las causas que dieron lugar a las desviaciones del cronograma; si las causas de las desviaciones no se superan, se deberán generar alertas oportunas a Positiva Compañía de Seguros, reflejando toda la trazabilidad y gestión de la Interventoría sin perjuicio de las facultades que a la Compañía le corresponde.
8. Emitir concepto técnico de acuerdo a las solicitudes adiciones, prórrogas, suspensiones y demás modificaciones a los contratos objeto de interventoría efectuadas por parte de Positiva Compañía de Seguros y/o el contratista. Así mismo, se verificarán y adelantarán las acciones pertinentes para que éstas se realicen oportunamente. (Si aplica)
9. Prestar el apoyo necesario y suministrar la información que requiera Positiva Compañía de Seguros, el Supervisor delegado y/o las Entidades de control de manera oportuna.
10. Poner en conocimiento de Positiva Compañía de Seguros, de manera oportuna todas las comunicaciones que se generen en el ejercicio de la interventoría a los diferentes contratos asignados, de tal forma que la compañía cuente con los insumos necesarios para intervenir oportunamente, en caso de que requiera.

11. Aprobar o rechazar total o parcialmente, según sea el caso, los servicios que no se ajusten a las especificaciones técnicas o no reúnan las condiciones de calidad requeridas por la compañía.
12. Programar visitas de control y verificación trimestrales y/o semestrales a los prestadores de servicios en sus centros de operaciones. Dichas visitas se llevarán a cabo aleatoriamente y se deberá notificar al proveedor con diez (10) hábiles previos a la visita . Como resultado de la respectiva visita, se deberá levantar acta que contendrá un registro fotográfico, observaciones y recomendaciones a que hubiere lugar. Asimismo, deberá informar a Positiva Compañía de Seguros el resultado de dicha verificación. Dentro de los criterios previstos para la realización de visitas se contemplan: frecuencia de servicios asignados , la facturación del prestador, el impacto en la prestación del servicio, gestión de PQRD relacionadas con los servicios u otros de acuerdo a las necesidades de la Compañía
13. Apoyar, asesorar y concertar los ANS de los contratos y sus modificaciones
14. Realizar seguimiento al cumplimiento de los ANS de los contratos asignados
15. Hacer seguimiento a la adecuada ejecución de los planes de acción presentados por los contratistas objeto de interventoría, validando la calidad, oportunidad e impacto de estos, llevando a garantizar que se cumpla el objetivo con el que fueron creados.
16. Proyectar las respuestas que se requieran por parte de Positiva Compañía de Seguros con relación a los contratos objeto de interventoría, en los casos que se requiera.
17. Realizar las evaluaciones requeridas a los contratistas objeto de interventoría bajo los lineamientos y directrices de Positiva Compañía de Seguros.
18. Garantizar todas las verificaciones que aplique de manera particular a cada uno de los contratos asignados.

2.2.2 SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO:

Consistirá en el control y evaluación de las condiciones, procesos y procedimientos administrativos, que deban cumplirse durante la marcha y realización de los compromisos contractuales de los contratos objeto de interventoría hasta su respectiva liquidación.

Las siguientes son las actividades mínimas contempladas:

ACTIVIDADES:

1. Programar, citar y coordinar con los contratistas y Positiva Compañía de Seguros, las reuniones de seguimiento a la ejecución del contrato. En estas reuniones se deberá presentar el estado de avance del contrato, así mismo se tratarán y analizarán temas y problemas relacionados con el desarrollo del mismo acordando entre las partes soluciones prácticas y oportunas.
2. Elaborar, suscribir, revisar y radicar las cartas, actas y documentos que se requieran por parte de Positiva Compañía de Seguros en desarrollo de la labor de interventoría.
3. Proyectar las certificaciones comerciales y de experiencia requeridas por Positiva Compañía de Seguros S.A., con relación a los contratos objeto de intervención.
4. Garantizar la disponibilidad de la información de la documentación producida efecto de la interventoría, de tal manera que Positiva Compañía de Seguros tenga acceso a la misma en cualquier momento.
5. Atender oportunamente durante la etapa contractual y post contractual, las solicitudes que le formulen a Positiva Compañía de Seguros en el marco del

desarrollo de los contratos objeto de interventoría en procesos administrativos y/o judiciales, según el caso.

6. Adelantar cualquier otra actuación administrativa necesaria para la correcta administración del contrato de interventoría.
7. El proveedor deberá cargar en los aplicativos dispuestos por la compañía los informes de interventoría de los respectivos contratos, informes finales de interventoría, actas de inicio, actas de terminación, actas de liquidación de los contratos y demás documentos requeridos, teniendo en cuenta la oportunidad establecida en el Acuerdo de nivel de servicio – ANS de la interventoría.
8. Mantener debidamente documentada la ejecución del contrato.

2.2.3 SEGUIMIENTO FINANCIERO:

Consistirá en el control y evaluación de las condiciones financieras que deberán cumplirse durante la marcha y realización de los compromisos contractuales de los contratos objeto de intervención hasta su respectiva liquidación.

Las siguientes son las actividades mínimas contempladas:

ACTIVIDADES:

1. Revisar, aprobar y conceptuar, previo cumplimiento de las obligaciones contractuales, las solicitudes de pago formuladas por los contratistas objeto de interventoría, para lo cual deberá expedir la respectiva certificación de cumplimiento de las obligaciones contractuales (si aplica)
2. Llevar un registro cronológico de los pagos, ajustes y deducciones efectuadas, así como de la relación de los documentos que allegue el contratista de la interventoría para tal efecto.
3. Mensualmente o trimestralmente (según su tipología) verificar e informar a la compañía el estado financiero de los contratos objeto de la interventoría, así como su valor ejecutado con respecto a las pólizas existentes verificando que no supere el valor del monto estimado para pólizas en el contrato y/u otros
4. Verificar que los trabajos o actividades extras que impliquen aumento del valor del contrato cuenten con la existencia de recursos presupuestales, para aprobación del ordenador del gasto, cuando haya lugar
5. Garantizar la aplicación de las sanciones correspondientes según el resultado de los acuerdos de nivel de servicios (ANS).
6. Verificar que la documentación entregada por los contratistas objeto de interventoría para el trámite de los respectivos pagos, se encuentre debidamente diligenciada y conforme a los requisitos establecidos en el artículo 617 del Estatuto Tributario o el que haga sus veces.
7. Velar por el cumplimiento de las obligaciones laborales y aportes parafiscales que se generen con relación a los contratos objeto de interventoría, en especial verificando que el personal se encuentre afiliado al Sistema de Seguridad Social, y se dé cumplimiento a la Ley 789 de 2002, Ley 797 de 2003 y sus decretos reglamentarios y demás normas concordantes, así como aquellas normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

8. Verificar la certificación por medio de la cual el contratista acredite que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda.
9. Anterior al cierre de la vigencia fiscal de cada año, informar a la Gerencia de Gestión Financiera, el estado de ejecución del contrato para establecer las reservas presupuestales y de cuentas por pagar cuando a ello haya lugar.

2.2.4 SEGUIMIENTO JURÍDICO:

Consistirá en el control y evaluación de las condiciones jurídicas que deberán cumplirse durante la realización de los compromisos contractuales y bajo la normatividad aplicable a los contratos objeto de interventoría hasta su respectiva liquidación.

Las siguientes son las actividades mínimas contempladas:

ACTIVIDADES

1. Exigir que los contratos objeto de interventoría, así como su equipo de trabajo, cumplan con las normas de seguridad, higiene, salud ocupacional y ambiental que sean aplicables.
2. Entregar información a la Compañía y al Supervisor delegado, relacionada con el incumplimiento del contrato objeto de interventoría, con hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner en riesgo el cumplimiento del contrato.
3. Informar de manera oportuna sobre cualquier situación que pueda llegar a implicar una modificación contractual.
4. Proyectar, atender, suscribir, remitir y radicar actas de inicio, acta de recibo a satisfacción, actas de terminación, actas de liquidación de los contratos objeto de interventoría y las demás actas o requerimientos necesarias en el marco del objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos y plazos establecidos, cuando haya lugar a ello.
5. Estudiar y conocer la organización y normatividad aplicable a Positiva Compañía de Seguros S.A., así como de los contratos objeto de interventoría.
6. Notificar, cuando haya lugar, al Supervisor del contrato los cambios normativos que se presenten y que sea aplicables a los contratos objeto de interventoría.
7. Revisar y realizar seguimiento a las condiciones bajo las cuales los contratos fueron adjudicados, previstas en los términos de referencia, anexos y propuesta de los contratistas objeto de interventoría.
8. Realizar acompañamiento jurídico en las reuniones, procesos administrativos y judiciales que se requieran por parte de Positiva Compañía de Seguros, relacionados con los contratos objeto de la interventoría.
9. Cumplir y atender las instrucciones impartidas por Positiva Compañía de Seguros y el Supervisor delegado, que en materia jurídica y legal se formulen.
10. Verificar que se hayan cumplido todos los requisitos para el perfeccionamiento, legalización y ejecución del contrato y demás documentos que formen parte de estos.
11. Las demás que de conformidad con la normatividad vigente y con su naturaleza correspondan a la función de Interventoría en lo que a obligaciones jurídicas y legales se refiere

2.3 ASPECTOS ESPECÍFICOS A TENER EN CUENTA SEGÚN LA TIPOLOGÍA DEL CONTRATO

Positiva Compañía de Seguros cuenta con una red asistencial integrada por diferentes proveedores de servicios tales como Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), Línea blanda, Movilidad, Prótesis, Ortesis, Material de osteosíntesis (MOS), Traslados (aéreos, intermunicipales, hospedaje y alimentación), Traslado no urgente, Traslado aéreo medicalizado, Transporte de ambulancia, Laboratorios Farmacéuticos, Medicamentos y Hogares de paso, proveedor de autorizaciones con el fin de dar cumplimiento a las necesidades de los asegurados de la compañía.

De acuerdo con lo anterior nos permitimos detallar las actividades adicionales mínimas a realizar para cada uno de los contratos objeto de interventoría. Es importante tener en cuenta que el valor de facturación de los contratos objeto de interventoría fue para el año 2019 de \$ 194.861.110.353 y de \$ 140.186.629.677 para el año 2020:

2.3.1 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS y REHABILITACIÓN

Actualmente Positiva Compañía de Seguros cuenta con 686 proveedores del servicio los cuales se discriminan de la siguiente manera:

TIPO IPS	NUMERO DE CONTRATOS
IPS MEDIANA COMPLEJIDAD	219
IPS BAJA COMPLEJIDAD	149
IPS ALTA COMPLEJIDAD	107
IPS REHABILITACION	91
IPS OFTALMOLOGIA/CX OFTALMOLOGICA	25
IPS SALUD MENTAL	17
IPS ATENCION DOMICILIARIA	20
IPS LABORATORIO CLINICO	15
IPS ODONTOLOGIA/CX MAXILOFACIAL	11
IPS DOLOR	8
IPS ORTOPEDIA	7
IPS DERMATOLOGIA	3
IPS UROLOGIA	2
IPS - CARDIOLOGIA Y ELECTROFISIOLOGIA	1
IPS - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1
IPS - AUDIOLOGIA - OTORRINOLARINGOLOGIA	1
IPS CARDIOVASCULAR	1
IPS CARDIOLOGIA	1
IPS ONCOLOGIA	1

IPS Y SUMINISTROS INSUMOS Y PRODUCTOS ESPECIALIZADOS OTORRINOLARINGOLOGIA Y/O OTOLOGIA	1
IPS NEUMOLOGIA	1
IPS ODONTOLOGIA	1
IPS MEDICINA ALTERNATIVA	1
IPS - NEUROLOGIA- PSIQUIATRIA	1
IPS MEDICINA LABORAL	1

IPS DE REHABILITACIÓN	INTEGRAL	40
	FUNCIONAL	51
	TOTAL	91

Frecuencia de casos de rehabilitación en los últimos tres años a nivel nacional:

VIGENCIA	Cantidad de casos
2019	17665
2020	11363
2021 corte a 25 de feb	1736

Nota: El oferente debe tener en cuenta que la compañía presta servicios en modalidad de telemedicina y presencial.

Debido a la Emergencia Sanitaria decretada por el gobierno nacional, la compañía adopta el modelo de atención por telemedicina contando con 35 IPS habilitadas y prestando el servicio mediante dicha modalidad, actualmente esta red se encuentra distribuida así a nivel nacional:

CIUDAD	Cantidad de IPS
BOGOTÁ	11
CALI	5
BARRANQUILLA	3
MEDELLIN	3
BUCARAMANGA	2
MONTERIA	2
ARAUCA	1
CARREPA ANTIOQUIA	1
CUCUTA	1
CUNDINAMARCA	1
FUSAGASUGA	1
HUILA	1

PALMIRA	1
POPAYAN	1
VALLEDUPAR	1
Total general	35

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

1. Verificar que la(s) IPS cuenten con su respectiva habilitación y con sus licencias de funcionamiento de acuerdo con los servicios de salud que prestan y bajo la normatividad aplicable.
2. Presentar informes sobre el adecuado desarrollo de los contratos en los cuales se realiza la labor de interventoría de manera trimestral.
3. Garantizar la vigencia de la póliza de responsabilidad civil médica y la actualización de la misma dentro del expediente contractual.

ENTREGABLES

- Informe trimestral que debe incluir lo establecido en el numeral 4 (Entregables del interventor-INFORMES) del presente documento.

2.3.2 INTERVENTORÍA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD

Positiva cuenta con servicios especializados en salud para garantizar la oportuna atención integral de los asegurados de la compañía siniestrados por accidente de trabajo, enfermedad laboral, accidentes personales, pólizas de salud y demás productos de los diferentes ramos de la compañía, razón por la cual tiene distintos tipos de proveedores como operadores logísticos de medicamentos, prestadores del servicio de traslado (aéreos, intermunicipales, hospedaje y alimentación, traslado no urgente, traslado aéreo medicalizado, ambulancia), proveedores de material de osteosíntesis, órtesis, prótesis, línea blanda, movilidad, riesgos biológico y asistencia médica internacional. .

2.3.2.1 OPERADOR LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS

Actualmente Positiva Compañía de Seguros cuenta con 9 operadores logísticos de medicamentos, sin embargo, la compañía se encuentra adelantando un proceso de invitación pública para seleccionar a dos proveedores que brinden el servicio de operación logística de dispensación de medicamentos y suministros a nivel nacional.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

1. Vigilar que los puntos de dispensación ofrecidos por el contratista cuenten con las normas de bioseguridad y demás requerimientos solicitados por Positiva Compañía de Seguros en el contrato.
2. Realizar seguimiento y control diario de las autorizaciones de servicio asignadas a cada proveedor de medicamentos y validar cuales quedan pendientes para realizar seguimiento de dichos casos, prioridad en la gestión de seguimiento los asociados a PQRD y Tutelas.
3. Garantizar la respuesta oportuna y satisfactoria a los casos reportados por las diferentes áreas de POSITIVA, sobre falencias o demoras en la entrega de medicamentos.
4. Solicitar oportunamente a la operación el cambio de proveedor cuando se identifique la imposibilidad de entrega de determinado medicamento, previa validación de disponibilidad de otro proveedor.
5. Realizar las visitas de verificación técnica, administrativa, infraestructura y de servicio a todos los puntos de dispensación de los proveedores de entrega de medicamentos por lo menos dos veces al año.
6. Verificar que los operadores logísticos realicen las entregas oportunas a los asegurados de Tutelas y segmentos especiales.
7. Validar con las notificaciones y en el portal web del INVIMA, los productos que presenten desabastecimiento y registro sanitario INVIMA vencido, suspendido o cancelado.

ENTREGABLES

Informe mensual que debe incluir lo establecido en el numeral 4 (Entregables interventoría-INFORMES) del presente documento y adicionalmente lo siguiente por cada uno de los contratos asignados:

- Reportar mensualmente en el informe de gestión las falencias identificadas en el seguimiento y control de entregas de medicamentos y evidencias de compromisos pactados con los prestadores que mitiguen los hallazgos.
 - Informe de visitas a punto de dispensación y administrativas (Cuando aplique).
 - Informe diario de seguimiento de entregas de medicamentos
 - Informe consolidado mensual de medicamentos pendientes
 - Informe mensual de entrega de medicamentos de alto costo y de control especial.
 - Informe mensual de seguimiento a planes de acción concertados con los proveedores de entrega de medicamentos
- Presentar por escrito a cada proveedor de entrega de medicamentos, las observaciones o las recomendaciones que estime oportunas para el mejor

cumplimiento de las obligaciones a su cargo derivadas del contrato, el cual debe ir adjunto al informe de interventoría.

2.3.2.2 LABORATORIOS FARMACEÚTICOS

Actualmente Positiva Compañía de Seguros suscribió alianzas estratégicas con 11 laboratorios farmacéuticos

ACTIVIDADES

1. Verificar el cumplimiento de las alianzas concertadas entre Positiva Compañía de Seguros y el laboratorio.
2. Verificar que los laboratorios farmacéuticos mantengan las condiciones y las tarifas de los medicamentos, insumos, dispositivos médicos y productos complementarios en salud a los operadores logísticos de medicamentos de la compañía de acuerdo alianzas.
3. Verificar que los laboratorios farmacéuticos informen a la compañía de los productos que salgan del mercado, presentan escases o desabastecimiento o ingresen al mercado.

ENTREGABLES

Informe mensual de cumplimiento y seguimiento de las condiciones pactadas con cada uno de los laboratorios.

2.3.2.3 MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, ÓRTESIS, PRÓTESIS, LÍNEA BLANDA, AYUDAS TÉCNICAS Y MOVILIDAD

Actualmente Positiva Compañía de Seguros cuenta con proveedores 18 de material de Osteosíntesis, órtesis, prótesis, y línea blanda los cuales se discriminan de la siguiente manera:

TIPO	NUMERO DE CONTRATOS
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	11
LINEA BLANDA-PROTESIS-ORTESIS - MOVILIDAD	7

ACTIVIDADES

1. Verificar que los proveedores cumplan con todos los criterios técnicos para su funcionamiento (CCAA, Tecnovigilancia, Cartas de autorización para distribución

- emitidas por los fabricantes). En caso de que el proveedor sea fabricante, verificar que cumplan con las Buenas Prácticas de Manufactura.
2. Vigilar y verificar que el proceso de suministro de productos se realice con base a las especificaciones técnicas del contrato.
 3. Realizar ejercicios de verificación de los productos en donde se evidencie que cumplen con los estándares de calidad.
 4. Verificar que se esté cumpliendo con los protocolos de traslados de los productos.
 5. Realizar visitas a las bodegas y verificar el cumplimiento de la normatividad vigente.

ENTREGABLES

Informe mensual que debe incluir lo establecido en el numeral 4 (Entregables interventoría -INFORMES) del presente documento, de manera adicional deberán remitir la siguiente información dentro de lo requerido:

- ✓ Histórico de solicitudes.
- ✓ Sistemas más utilizados por departamentos.
- ✓ Unidades y /o sistemas solicitados no incluidas dentro del contrato.

2.3.2.4 TRASLADOS

Actualmente Positiva Compañía de Seguros cuenta con 38 proveedores de traslados (aéreos, intermunicipales, hospedaje y alimentación, traslado no urgente, traslado aéreo medicalizado, ambulancia) los cuales se discriminan de la siguiente manera:

TIPO	NUMERO DE CONTRATOS
AMBULANCIAS	24
TRANSPORTE NO URGENTES	5
AMBULANCIAS/ASISTENCIA DOMICILIARIA	5
AMBULANCIA AEREA	3
TRASLADOS Y ALOJAMIENTO	1
Total general	38

2.3.2.4.1 TRASLADOS (TIQUETES AÉREOS, INTERMUNICIPALES, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN)

ACTIVIDADES

1. Realizar un monitoreo diario a las autorizaciones asignadas al proveedor, de lo cual se deberá realizar seguimiento y acompañamiento para garantizar la oportunidad y calidad de la gestión de cada solicitud.
2. Comprobar que el contratista de cumplimiento de los horarios de atención y servicio requerido y estipulado en el contrato.
3. Llevar el control desglosado de cada uno de los tiquetes aéreos o terrestres pendientes por utilizar, de tal forma que se contribuya a su utilización efectiva.
4. Para la liquidación del contrato el interventor deberá verificar que el proveedor no cuente con ningún tiquete aéreo e intermunicipal pendiente por entregar como beneficio
5. La interventoría deberá llevar el control de la ejecución del contrato del proveedor, de tal forma que alerte a Positiva cuando el valor fijo establecido tenga pendiente el 20% de ejecución.
6. La interventoría debe llevar un control de redención y/o transferencias de todos los beneficios pactados con el proveedor.
7. La interventoría deberá verificar que el proveedor cumpla con las siguientes certificaciones las cuales deberán estar vigentes durante el termino de ejecución del contrato y 6 meses más:

CERTIFICADO VIGENTE DE REGISTRO EN DIRECCIÓN NACIONAL DE TURISMO: Aportar copia del certificado expedido por la entidad correspondiente, en el que conste que se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Turismo.

CERTIFICACIÓN VIGENTE EMITIDA POR UN GDS PARA ACREDITAR LA RELACIÓN COMERCIAL: Aportar copia de al menos un GDS operativo y utilizarlo para el suministro de Tiquetes Aéreos.

8. Solicitar informes sobre las penalidades que fueron aplicadas en el mes cuando aplique.
9. Realizar visitas a los hoteles mínimo dos veces al año para verificar que cumplan con las condiciones establecidas para la prestación del servicio

ENTREGABLES

Informe mensual que debe incluir lo establecido en el numeral 4 (Entregables de la interventoría-INFORMES) del presente documento y adicionalmente:

- ✓ Llevar un control discriminado por tipo de servicio (alojamiento, alimentación, transporte aéreo y terrestre) del valor mensual facturado y ejecutado.
- ✓ Relación de tiquetes mensual por tipo de servicio (aéreo y terrestre)
- ✓ relación mensual de los beneficios pactados con el proveedor en cuanto a su propuesta económica y estado

2.3.2.4.2 TRASLADOS TERRESTRE ESPECIAL NO URGENTE

ACTIVIDADES

1. Verificar que se garantice la prestación del servicio con los vehículos destinados para el desplazamiento de los asegurados, asignados en la herramienta de gestión.
2. Revisar que los contratistas cumplan con las condiciones técnicas de los vehículos que destinen para la prestación del servicio de personas con discapacidad, movilidad reducida y paciente no crónicos, de tal manera que el desplazamiento se efectúe de manera cómoda, segura y accesible.
3. Comprobar que la flota de vehículos se encuentre en óptimas condiciones físicas, mecánicas, eléctricas y que cuenten con las certificaciones de las correspondientes revisiones técnico-mecánicas, además de los seguros obligatorios en regla, de acuerdo con la normatividad que regula la materia y demás condiciones que procuren un servicio seguro para los asegurados.
4. Verificar que los contratistas garanticen los protocolos de bioseguridad a los vehículos destinados para la prestación del servicio.
5. Revisar que los contratistas garanticen el cumplimiento del Plan Estratégico de Seguridad Vial, con base a la normatividad aplicable.
6. Comprobar que los contratistas dispongan de líneas corporativas fijas y móviles para la atención de requerimientos e inquietudes presentados por parte de la Compañía, y/o asegurados de todos los ramos a los que se les haya autorizado el servicio, desde cualquier lugar del país, de lunes a domingo, disponible las 24 horas del día.

ENTREGABLES

Informe mensual que debe incluir lo establecido en el numeral 4 (Entregables-interventoria INFORMES) del presente documento y adicionalmente:

- ✓ Informe de verificación del personal asignado para la operación
- ✓ Informe de novedades sobre los conductores y/o parque automotor
- ✓ Reporte de novedades de entes de control del servicio

2.3.2.4.3TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO Y MEDICALIZADO (AMBULANCIAS TAB-TAM)

ACTIVIDADES

1. Comprobar que la flota de vehículos se encuentre en óptimas condiciones físicas, mecánicas, eléctricas y que cuenten con las certificaciones de las correspondientes revisiones técnico-mecánicas, además de los seguros obligatorios en regla, de acuerdo con la normatividad que regula la materia y demás condiciones que procuren un servicio seguro para los asegurados.
2. Verificar que los contratistas garanticen los protocolos de bioseguridad a los vehículos destinados para la prestación del servicio.

3. Revisar que los contratistas garanticen el cumplimiento del servicio con base a la normatividad aplicable.
4. Verificar que los contratistas den respuesta oportuna a los requerimientos realizados por Positiva Compañía de Seguros para dar respuesta a los entes de control o a los que haya lugar.

ENTREGABLES

Informe mensual que debe incluir lo establecido en el numeral 4 entregables interventor – informes del presente documento

2.3.2.4.4 TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO (AÉREO)

ACTIVIDADES

1. Verificar que las aeronaves asignadas para el servicio cuenten con el mantenimiento técnico y mecánico para la prestación del servicio.
2. Hacer seguimiento de que el proveedor cuente con la habilitación y licencias de funcionamiento de acuerdo con los servicios de salud que presten.
3. Verificar que el personal que preste el servicio cuente con los estándares y las certificaciones requeridas. En todo caso no podrá prestar el servicio personal que esté en entrenamiento.

ENTREGABLES

Informe mensual que debe incluir lo establecido en el numeral 4 entregables interventor – informes del presente documento

2.3.2.5 ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL

Los Servicios de asistencia integral en salud que, por Riesgos Laborales y o riesgos cubiertos por las pólizas comercializadas por la Compañía, puedan requerir los asegurados de POSITIVA y su familia, son prestados mediante el convenio establecido con un prestador de asistencia médica internacional.

Todos los afiliados de POSITIVA tienen cobertura de asistencia médica en el exterior desde el momento de su afiliación a la cual pueden acceder las veces que lo requiera. El servicio incluye asistencia médica, pruebas diagnósticas, asistencia odontológica, medicamentos, repatriación sanitaria y funeraria entre otras en caso de accidente o enfermedad.

ACTIVIDADES

1. Verificar que el proveedor cuente y mantenga alianzas de comercialización y canales de comunicación efectivos y resolutivos ante las necesidades de los afiliados.
2. Verificar que el proveedor cuente con estructura para la adecuada y eficiente operación.

ENTREGABLES

Informe mensual que debe incluir lo establecido en el numeral 4 (Entregables inventoria-INFORMES) del presente documento y adicionalmente:

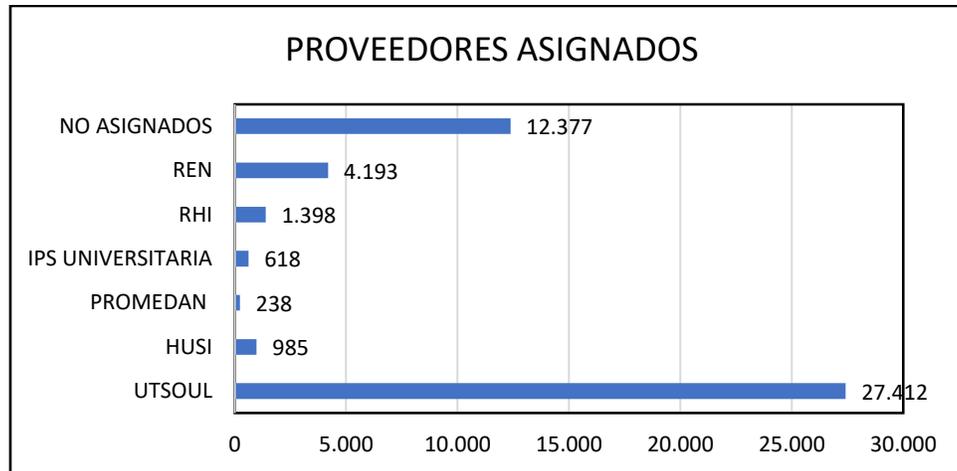
- Estadística de siniestros clasificadas por país, que incluya datos del asegurado, por ramo, asistencias prestadas y monto económico de las mismas

2.3.2.6 RIESGO BIOLÓGICO

Actualmente Positiva Compañía de Seguros cuenta con 6 proveedores del servicio. Teniendo en cuenta la pandemia actual en el tema de COVID.19 se están manejando las siguientes estadísticas.

SINIESTROS AVISADOS COVID- 19





ACTIVIDADES

1. Verificar el cumplimiento de los tiempos solicitados para el contacto con los asegurados.
2. Verificar el proceso de reposición de Kits de pruebas rápidas y medicamentos antirretrovirales a Nivel Nacional dentro de los tiempos establecidos por la compañía.
3. Verificar que se brinde la asesoría a las empresas, sucursales y /o personal solicitado por Positiva en términos de calidad y oportunidad requeridos por la compañía, referente al manejo y direccionamiento de protocolo de riesgo

ENTREGABLES

Informe mensual que debe incluir lo establecido en el numeral 4 (Entregables intevectoria-INFORMES) del presente documento y adicionalmente:

- ✓ Reporte de asesorías y seguimientos brindados en el mes por cada proveedor.

4. ENTREGABLES DEL INTERVENTOR

La interventoría deberá remitir los siguientes entregables:

- ✓ Actas de inicio
- ✓ Informes de interventoría
- ✓ Actas de terminación
- ✓ Actas de liquidación
- ✓ Actas de reuniones
- ✓ Comunicaciones
- ✓ Acuerdos de niveles de servicios firmados por las partes
- ✓ Certificaciones comerciales
- ✓ Reportes de acuerdo a la necesidad del servicio y análisis de los mismos

- ✓ Remisión de pólizas a la Gerencia Medica
- ✓ Respuestas requerimientos realizados por Positiva relacionados con el objeto del contrato

El proveedor deberá asegurar una gestión administrativa adecuada y eficiente, para ello en el transcurso de la ejecución, la interventoría debe presentar al supervisor los informes necesarios que permitan a Positiva Compañía de Seguros S.A., efectuar el seguimiento al avance y demás aspectos relevantes de los contratos objeto de interventoría garantizando que la información reportada corresponda a lo realmente ejecutado, y cumpla con los requerimientos contractuales y estándares de calidad. En tal medida, se deberán tener en cuenta los siguientes informes:

INFORMES DE INTERVENTORIA MENSUALES Y/O TRIMESTRALES:

El proveedor deberá entregar de manera mensual o trimestral los informes de cada uno de los contratos asignados, los cuales tendrán como mínimo los siguientes ítems:

Los contratos solo deberán tener un informe de ejecución periódico en donde se consolide la gestión de todos los servicios prestados.

El formato del informe de interventoría debe ser propio de la firma de interventoría y deberá tener como mínimo la siguiente información:

- Toda la trazabilidad contractual entre Positiva y el proveedor
- Nivel de cumplimiento a las obligaciones pactadas en el contrato.
- Número de autorizaciones asignadas en el periodo
- Medición de ANS o indicadores definidos
- Evaluación de los resultados de los contratos objeto de interventoría
- Certificación de pago de Seguridad social y Parafiscales
- Evaluación del sistema de gestión de continuidad del negocio y seguridad de la información, según aplique y según la periodicidad definida.
- Valor total del pago en el periodo
- Valor total de ejecución del contrato con cada proveedor
- Relación de facturas aprobadas y pagadas para cada uno de los ramos
- Soportes y resumen de la visita realizada (cuando se realice la visita)
- Oportunidades de mejora y/o planes de acción (Cuando aplique)
- medición de ANS medido, concertado y firmado
- Recomendaciones

Nota: La certificación de pago de Seguridad social y Parafiscales se deberá solicitar cada periodo al proveedor de manera formal, por el canal definido por la compañía.

Periodicidad: La supervisión de los contratos de los proveedores se debe soportar en un informe de interventoría así:

TIPO DE PROVEEDOR	PERIODICIDAD
-------------------	--------------

Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)	Trimestral
<ul style="list-style-type: none"> - Línea blanda - Movilidad - Prótesis - Ortesis - Material de osteosíntesis (MOS) - Traslados (aéreos, intermunicipales, hospedaje y alimentación) - Traslado no urgente - Traslado aéreo medicalizado - Transporte de ambulancia - Medicamentos - Hogares de paso - Asistencia médica internacional 	Mensual

Nota: El proveedor deberá cargar en los aplicativos dispuestos por la compañía los informes de interventoría de los respectivos contratos, informes finales de interventoría, actas de inicio, actas de terminación, actas de liquidación de los contratos y demás documentos requeridos, teniendo en cuenta la oportunidad establecida en el Acuerdo de nivel de servicio – ANS de la interventoría.

Nota: En caso de que no se hayan generados pagos a los proveedores objeto de interventoría se deberá de igual manera presentar el informe de interventoría del periodo.

2. Relación de proveedores a los cuales se les han remitido comunicaciones por el no cumplimiento de alguna obligación contractual o legal.
3. Elaborar los informes y anexos correspondientes sobre la evaluación realizada por la interventoría a cada proveedor designado y anexar los documentos que permitan tener suficientes elementos de juicio para imponer requerimientos, multas, caducidad y demás actuaciones de orden sancionatorio relacionados con el contrato. (si aplica)

INFORMES EXTRAORDINARIOS:

Son todos aquellos informes que solicitará Positiva Compañía de Seguros con el fin de obtener datos puntuales de las actividades ejecutadas en los contratos objeto de interventoría. Por requerimientos de entes de control, estos informes serán remitidos en el plazo y de acuerdo con la necesidad planteada por Positiva Compañía de Seguros.

INFORMES FINALES

La interventoría deberá presentar un informe final, el cual debe contemplar la memoria descriptiva, así como la entrega de la información física y digital que se generó en el desarrollo del contrato. Este informe deberá llevar como mínimo los siguientes ítems:

- ✓ Deberá informar el recibo de satisfacción de los productos y servicios contratados. En caso de incumplimiento por parte del proveedor deberá especificar las obligaciones no cumplidas, el impacto y la tasación de perjuicios del incumplimiento, así como todas las evidencias relacionadas.
- ✓ Estado financiero del contrato (Verificar los pagos con el área de cuentas médicas)
- ✓ Adicionalmente se debe incluir la siguiente información:
 - Fecha de suscripción, iniciación y terminación.
 - Plazos, prórrogas, suspensiones, ampliaciones y reiniciación.
 - Valor del contrato, adiciones y modificaciones.
 - Sanciones y acciones legales.
 - Garantías, modificaciones y vigencias de estas.
 - Verificación de pago de obligaciones laborales y aportes parafiscales de todo el personal de acuerdo con la normatividad vigente.
 - Problemas técnicos y/o contractuales identificados en la ejecución del contrato.
 - Estadísticas generales del número de servicios asignados en la ejecución de los contratos.
 - Cumplimiento especificaciones técnicas.
 - Cumplimiento ANS.
 - Cambios de personal y/o recursos utilizados por el contratista para el desarrollo de las obligaciones. (si aplica)
 - Conclusiones, recomendaciones y acciones de mejora durante la vigencia.

NOTA 2: En el caso en el que se generen compromisos de pago en la liquidación, deberán ser certificados en este informe y el periodo deberá contemplarse hasta que se cumple el tiempo indicado en el compromiso.

VI. RECURSO HUMANO

Para ejercer el servicio se contempla como MÍNIMO REQUERIDO los perfiles que se relaciona a continuación, el cual debe cumplir con la formación y experiencia requerida para cada uno de los cargos, con base a los perfiles descritos y bajo la experticia requerida.

El personal asignado para el servicio deberá obrar bajo los siguientes principios:

- Ética, como moral pensada, aquella que nos permite forjar un buen carácter para enfrentar y actuar en la vida con responsabilidad.
- Conducta moral, como forma de actuar enmarcada dentro de principios que las personas reconocen como justos.
- Responsabilidad, que señala el actuar en forma diligente, dando cuenta de los actos propios y asumiendo las consecuencias que de ellos se deriven.
- Solidaridad, superando el individualismo para actuar de manera colectiva, compartiendo y ayudando a que se cumplan mis objetivos y los de los demás.
- Compromiso, que como valor establece ir más allá del simple deber, trascender la norma, lograr el deber ser y llegar al querer hacer.

- Interés general y la voluntad de servicio, los cuales están íntimamente relacionados con las decisiones administrativas, dando a éstas dirección y significado, superando los viejos esquemas del solo interés privado y/o particular.
- Buena fe, que incorpora el valor ético de la confianza, del respeto por el otro y de credibilidad, para que las libertades de ambos se den en sentido de lo humano, buscando restaurar lo público como el espacio de interacción social y no de conflicto.

Es por lo anterior que el contratista deberá disponer del personal y la infraestructura suficiente para llevar a cabo el contrato, para lo cual deberá contar, como mínimo, con el siguiente personal:

EQUIPO MÍNIMO REQUERIDO

Para garantizar la calidad en la prestación del servicio a contratar, el contratista deberá contar con un equipo de trabajo que incorpore profesionales en distintas áreas del conocimiento, con la formación y la experiencia que se ajusten a la siguiente estructura mínima.

Rol	Educación	Experiencia	Dedicación	Cantidad	Grupo
Gerente de Proyecto	Profesional en medicina o enfermería o profesionales en otras áreas de la salud o ingeniería industrial o administración de empresas, o contaduría pública, o economía. Con Especializaciones relacionadas con auditoría en salud o gestión de servicios de salud o administración en servicios de salud	Experiencia de mínimo cinco (5) años en dirección o coordinación de proyectos de Auditoría y/o interventoría en el sector salud.	100%	1	Grupo 1 Grupo 2
Líder de Interventoría	Profesional en medicina o en enfermería o en ingeniería industrial o en contaduría pública, o economía, u otras profesiones del área de la salud. Con Especializaciones o maestría o doctorado relacionadas con auditoría en salud o gestión de servicios de salud o administración en servicios de salud	Experiencia de mínimo tres (3) años en dirección o coordinación o líder en interventoría de contratos del sector salud	100%	1	Grupo1 Grupo 2

Líder de Auditorías de Prestaciones Asistenciales	Profesionales en áreas de la salud. Con Especializaciones o maestría o doctorado relacionadas con auditoría en salud o gestión de servicios de salud o administración en servicios de salud	Experiencia de mínimo tres (3) años en dirección o coordinación o líder de cuentas médicas en entidades aseguradoras o auditoría en cuentas para aseguradores.	100%	1	Grupo 1 Grupo 2
Líder Auditorías de Prestaciones Económicas	Título profesional en medicina o profesionales en salud, Con Especializaciones o maestría o doctorado relacionadas con auditoría en salud o gestión de servicios de salud o administración en servicios de salud	Experiencia de mínimo tres (3) años en dirección o coordinación o líder de auditoría médica en riesgos laborales; dos de ellos específico en auditoría de incapacidades temporales.	100%	1	Grupo 1 Grupo 2
Líder de Medicamentos	Profesional en química farmacéutica o Ingeniería química o química con especialización maestría o doctorado en auditoría médica o auditoría de salud.	Experiencia mínima de Dos (2) años relacionada con auditoría o interventoría de servicios de medicamentos y suministros.	100%	1	Grupo 1
Líder Concurrencia	Profesional médico o especialista auditoría médica o auditoría de salud Con Especializaciones relacionadas con auditoría en salud o gestión de servicios de salud o administración en servicios de salud	Experiencia mínima de Dos (2) años relacionada con auditoría de concurrencia	100%	1	Grupo 1 Grupo 2
Profesional Jurídico	Profesional en derecho con especialización en auditoría médica o de salud o seguridad social o salud ocupacional.	Experiencia de mínimo tres (3) años en temas relacionados con contratación o auditoría de salud o prestaciones económicas	100%	1	Grupo 1 Grupo 2

Profesional financiero y contable	Profesional en ingeniería industrial, o administración de empresas o ingeniería financiera o contaduría o economía.	Experiencia mínima de tres (3) años relacionada en auditoría en salud o interventoría de contratos del sector salud.	100%	1	Grupo 1 Grupo 2
--	---	--	------	---	--------------------

Los perfiles que el proveedor deberá contemplar para desarrollar los diferentes servicios son:

Educación	Experiencia
Título profesional en Medicina, con Especialización en auditoría médica o de salud	2 años contados a partir de la obtención de la tarjeta profesional, de los cuales como mínimo 2 años deben estar relacionados con el objeto del contrato
Título profesional en áreas de la salud y/o administración de empresas, economía y/o a fines y/o ingenierías, con Especialización en auditoría en salud o auditoría médica	2 años contados a partir de la obtención de la tarjeta profesional, deben estar relacionados con el objeto del contrato
Instrumentador Quirúrgico	2 años contados a partir de la obtención de la tarjeta profesional de los cuales 1 año en proyectos específicos de auditoría en salud.
Químico Farmacéutico	2 años contados a partir de la obtención de la tarjeta profesional de los cuales 1 año en proyectos específicos de auditoría en salud.
Título técnico y/o tecnólogo	2 años de experiencia específicos de auditoría en salud
Título profesional en Medicina y/ o áreas de la salud y/o administración de empresas, economía y/o a fines y/o ingenierías	2 años contados a partir de la obtención de la tarjeta profesional, de los cuales como mínimo 1 año en interventoría de contratos del sector salud

Nota: la presencialidad del recurso humano estará sujeta a las disposiciones dadas por las autoridades competentes

Se deberá tener en cuenta:

El proveedor deberá definir el recurso con el que llevará a cabo el desarrollo de las actividades de auditoría e interventoría, teniendo en cuenta perfiles mínimos definidos por Positiva, bajo las siguientes premisas:

- Los retiros de personal no deberán impactar el cumplimiento contractual, los Acuerdos de Niveles de Servicio establecidos, para ello deberán contar con un backup de personas que ya se encuentren preseleccionadas y capacitadas con el fin de proveer los cargos en máximo tres (3) días hábiles para los cargos que queden vacantes.
- Deberá estar en la capacidad de aumentar o disminuir el personal de acuerdo con la proyección del servicio para el cumplimiento a los deberes del contrato, así como a los Acuerdos de Niveles de Servicio de la operación.
- Garantizar la transferencia de conocimientos a través de las guías, instructivas y protocolos entregados por POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., generando el desarrollo de las competencias necesarias al personal, permitiendo contar con los conocimientos adecuados para realizar la gestión de los servicios.

Los perfiles requeridos por la compañía para dar cumplimiento al servicio objeto del presente proceso tendrá que contar con las siguientes **Competencias comportamentales:**

- **Orientación a Resultados:** Poner a disposición de la organización toda la capacidad profesional necesaria para el cumplimiento de los resultados y los compromisos adquiridos, con eficiencia y calidad.

- **Orientación al Usuario y al Ciudadano:** Dirigir las decisiones y acciones a la satisfacción de las necesidades e intereses de los usuarios internos y externos de conformidad con las responsabilidades públicas asignadas con sentido ético, transparencia, valores y principios, así mismo aplicando las políticas internas de la organización.

- **Pensamiento Estratégico:** Capacidad para comprender los cambios del entorno y establecer su impacto a corto, mediano y largo plazo en la organización, optimizar las fortalezas internas, actuar sobre las debilidades y aprovechar las oportunidades del contexto. Implica la capacidad de visualizar y conducir la organización como un enfoque integral, y lograr objetivos y metas retadoras, que se reflejen positivamente en el resultado organizacional.

- **Capacidad de Liderazgo:** Voluntad de asumir el rol de líder de un equipo, grupo o proyecto. Implica motivación para dirigir, influir y cuidar al equipo a cargo, calificando su misión, visión y metas compartidas, organizando sus actividades y promoviendo su motivación y sinergia para construir sentido de equipo.

- **Trabajo en Equipo y Colaboración:** Trabajar efectivamente con equipos fuera de la línea formal de autoridad (por ejemplo, pares, jefes) para alcanzar los objetivos de la Compañía. Implica tomar medidas que respeten las necesidades y contribuciones de otros; contribuir al consenso y aceptarlo; subordinar los objetivos propios a los de la Compañía o del equipo.

- **dominio y habilidad de la Comunicación:** Capacidad para conocer y utilizar adecuadamente tanto el lenguaje corporal como la comunicación verbal en las situaciones de comunicación interpersonal. Capacidad para transmitir ideas, información y opiniones de forma clara y convincente, por escrito y oralmente, escuchando y siendo receptivo/a a las propuestas de los/as demás, así como el equilibrio emocional, manejo adecuado de redacción, entre otros.

- **Capacidad de Negociación:** Capacidad para argumentar de forma clara y coherente, conciliando posiciones diferentes, sobre la base de un estilo positivo, logrando acuerdos satisfactorios para todas las partes, manteniendo la confianza y el respeto con la finalidad de alcanzar los fines propuestos.

- **Conocimiento al Cliente:** Capacidad para conocer las necesidades del cliente, expresadas o no expresadas para adaptar permanentemente los productos y servicios de la Compañía y anticiparse a dichas necesidades.

VII. ASPECTOS GENERALES PARA TENER EN CUENTA

• INFORMES

El proveedor deberá entregar informes mensuales, trimestrales y anuales para cada uno de los servicios los cuales deberán contener:

- Estadísticas de cada uno de los procesos
- Hallazgos u observaciones
- Así como las recomendaciones y acciones ejecutadas
- Oportunidades de mejora y/o planes de acción (Cuando aplique)

Informes extraordinarios:

Son todos aquellos informes que solicitará Positiva Compañía de Seguros con el fin de obtener datos puntuales de las actividades realizadas en cada uno de los servicios. Estos informes serán remitidos en el plazo y de acuerdo con la necesidad planteada por Positiva Compañía de Seguros.

Este documento contiene los aspectos generales a tener en cuenta por cada uno de los proveedores, para la respectiva cotización objeto del estudio de mercado. Anexo al presente documento encontrarán los capítulos correspondientes al respectivo servicio (auditoría/interventoría), con sus lineamientos en particular, así como una Guía de Cotización en formato en Excel, en donde podrá incluir la información de su compañía con base al servicio a cotizar.

A continuación, se discrimina la información general a solicitar en el servicio, frente a criterios de seguridad de la información, calidad, entre otros, así:

• CRITERIOS DE SEGURIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN:

El manejo, protección y tratamiento de la información se regirá de acuerdo con lo estipulado en las normas que regulan dichas materias, especialmente por la Ley 1581 de 2012 y los decretos que la reglamentan, así como la Circular Externa 042 de 2012 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, y todas aquellas normas que las modifiquen, adicionen, complementen, deroguen o sustituyan.

En este sentido, el proveedor deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Implementar las políticas, medidas, procedimientos, procesos y mecanismos necesarios para garantizar la seguridad de la información, garantizando además que los mismos cumplan con los principios y criterios establecidos en las buenas prácticas y la Norma ISO/IEC 27001:2013, principalmente en los capítulos de:
 - Política de Control de Acceso de TI.
 - Política de Gestión de Activos de Información.
 - Política de Gestión de las Operaciones.
 - Política de Gestión de las Comunicaciones.
 - Política de Adquisición Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas de información.
 - Política de Cumplimiento de los Requisitos Legales en TI.
- Cuenta con una política de seguridad de la información, un plan anual de pruebas de vulnerabilidad sobre la infraestructura involucrada en la ejecución del Contrato con Positiva Compañía de Seguros S.A., y un plan anual de auditorías internas y/o externas sobre la seguridad de la información, entre otros.

• **SISTEMAS DE INFORMACIÓN:**

Positiva Compañía de Seguros S.A., brindará los aplicativos que el proveedor deberá utilizar y manejar para el cargue y trámite total de los servicios objeto del contrato, no obstante, el proveedor deberá contar con un sistema de información que permita la generación de informes y trazabilidad de estos, con términos de calidad y oportunidad, así:

- El proveedor utilizará los sistemas de información provistos por Positiva Compañía de Seguros S.A.
- Los ajustes sobre los sistemas de información del proveedor para satisfacer las necesidades de la Compañía deben estar incluidos desde la propuesta y no generar ningún costo adicional para Positiva Compañía de Seguros S.A.
- Garantizar que su sistema de información permite el cumplimiento en la elaboración y entrega a Positiva Compañía de Seguros S.A., de los informes que se requieran y sin que representen ningún costo.
- Generar de acuerdo con el análisis de la prestación del servicio, los informes adicionales que den valor agregado a la operación, a efectos de mejorar los estándares de calidad, control de costos, eficiencia de procesos, entre otros aspectos que considere relevante.

• **PLAN DE CONTINUIDAD:**

El proveedor deberá contar con planes de contingencia y continuidad del negocio ante la ocurrencia de cualquier imprevisto que pueda sucederse en la ejecución de la actividad contractual. Para ello tendrá en cuenta, como mínimo, lo siguiente:

- Mostrar evidencia de la documentación actualizada de un plan de continuidad de negocio y recuperación de desastres que soporte los servicios prestados a Positiva Compañía de Seguros S.A., mínimo una vez al año.
- Desarrollar, ejecutar y evidenciar un plan de pruebas anual que respalde la efectividad de los planes de continuidad documentados y mencionados en el numeral anterior.
- Atender las solicitudes relacionadas con la contingencia y continuidad a petición de los supervisores del CONTRATO en términos de evidencias, integración con la estrategia global de continuidad del negocio de Positiva Compañía de Seguros S.A., tiempos de recuperación requeridos por el negocio, certificaciones y demás aspectos que la Compañía requiera respecto a la Estrategia Global de Continuidad del Negocio del proveedor.
- Mantener debidamente actualizados y probados sus planes de continuidad y recuperación conforme a los cambios de su organización, que de alguna manera afecten los servicios prestados a Positiva Compañía de Seguros S.A.
- En caso de que proveedor preste sus servicios a través de canales propios de comunicación o contratados por un tercero, deberá contar por lo menos con un canal de *backup*, el cual será contratado con un proveedor diferente al que presta el servicio del canal principal.

- **REQUERIMIENTOS EN RIESGO OPERATIVO Y ESQUEMA DE PREVENCIÓN DE FRAUDE**

Positiva Compañía de Seguros S.A., cuenta con su propio Manual para la Gestión de Riesgos del Negocio. En sus lineamientos indica la necesidad de los requisitos con los cuales deben contar cada uno de sus proveedores. Dichos requisitos o lineamientos son:

- Un esquema o sistema para la administración de los riesgos operativos que se identifiquen en la prestación del servicio contratado, el cual debe contemplar las etapas de identificación, análisis, evaluación y tratamiento de riesgo.
- Un esquema o sistema para la prevención y atención de situaciones asociadas a fraude y/o corrupción. Este esquema debe estar orientado a identificar y formalizar el proceso de prevención, detección y respuesta a todos aquellos actos contrarios a la verdad y a la rectitud, que perjudican a Positiva y/o a las personas que interactúan con ella.
- Un esquema o sistema para la prevención y atención de situaciones asociadas a falsificación de documentación, el cual debe contemplar las etapas de identificación, análisis, evaluación y tratamiento de riesgo.
- Un esquema o sistema para la prevención y atención de situaciones asociadas a uso indebido a información, el cual debe contemplar las etapas de identificación, análisis, evaluación y tratamiento de riesgo.
- El proveedor deberá garantizar con estos esquemas y/o sistemas, una Auditoría interna, Seguridad, Evaluación de riesgos, Sistemas de detección de fraude y Controles al azar.

VIII RAMOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO

PROCESO	RAMOS
Auditoría de concurrencia	Pólizas de vida - Salud , accidentes personales y riesgos laborales
Auditoría de Acompañamiento	Salud , accidentes personales y riesgos laborales
Auditoría de cuentas medicas	Salud , accidentes personales y riesgos laborales
Auditoría de reembolsos	Salud , accidentes personales y riesgos laborales
Auditoría para el reconocimiento de reclamaciones	Salud , accidentes personales , riesgos laborales , vida individual y vida grupo
Auditoría de incapacidades	Riesgos laborales
Interventorías	Salud , accidentes personales , riesgos laborales , vida individual y vida grupo

- Fin de este Documento

Proyecto: Claudia Moreno Peralta
 Elaboro: Alba Sierra, Nataly Ariza, Yeimy Ibague
 Reviso: Dilia Donado, Andrea Herrera, Guillermo Varon, Claudia Moreno
 Aprobó. Sonia Benites Gerente Indemnizaciones; Luis Ernesto Rodríguez Gerente Médico