MANUAL DE AUTORIZACIONES

Maicao, La Guajira

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO 4
2. ALCANCE 4
3. DEFINICIONES 4
4. MARCO LEGAL 6
5. GENERALIDADES DEL PROCESO DE AUTORIZACIONES 9
5.1 SOPORTES PARA EL DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD Y LAS AUTORIZACIONES 11
5.2 CASOS EN LOS CUALES SE REQUIERE UNA NUEVA AUTORIZACIÓN 12
5.3 CASOS EN LOS CUALES SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA SEGUNDO CONCEPTO MÉDICO 12
5.4 TIEMPO DE RESPUESTA DE LAS AUTORIZACIONES 12
6. METODOLOGÍA PARA LA PRESTACIÓN EFECTIVA DE LOS SERVICIOS 12
7. NEGACIONES 13
8. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES 13
8.1 SOLICITUD Y LEGALIZACIÓN DE ANTICIPOS 17
9. ENTRADAS 18
10. MATERIALES NECESARIOS 18
11. PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS 18
12. DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS 19
13. RESPONSABLE POR LA SOCIALIZACIÓN DE ESTOS PROCESOS 19
14. RESPONSABLES POR LA EJECUCIÓN 19
15. INDICADORES 19
16. FLUJOGRAMA 20
16.1 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 20
16.2 DIRECCIONAMIENTO PARA PRESTACIÓN Y PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD DE PACIENTES CON CANCER (MAYORES Y MENORES DE 18 AÑOS) 23
16.3 DIRECCIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA PARA PACIENTES CON CANCER 24
16.4 SOLICITUD Y LEGALIZACIÓN DE ANTICIPOS 25

VIGILADO Supersalud

16.5 DIRECCIONAMIENTO DE LA POBLACIÓN PRIORIZADA RESOLUCIÓN 2811 DE 2022 27

17. CONTROL DE CAMBIOS..... 28

1. OBJETIVO

Recibir, generar y entregar respuesta oportuna a las solicitudes de servicios de salud y autorizaciones, solicitados por los prestadores para los afiliados de Anas Wayuu EPSI, a través de una autorización o direccionamiento, en los ámbitos ambulatorio, hospitalario, domiciliario, urgencias o de servicios complementarios para la atención en salud y del mismo modo, garantizar la prestación y provisión de los servicios y tecnologías de salud para los usuarios en los que no mediará autorización previa, según lo descrito por la Resolución 2811 de 2022.

2. ALCANCE

Este manual describe las actividades desde la recepción de la solicitud de servicio o tecnología en salud y/o solicitud de autorización, hasta la garantía de la prestación de los servicios de salud al usuario, en los ámbitos de urgencias, consulta externa, ambulatorio, hospitalario o de servicios complementarios para la atención en salud, teniendo en cuenta la modalidad de contratación y la población objeto.

3. DEFINICIONES

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario y/o afiliado de utilizar los servicios de salud que le garantiza la EPSI según lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual se evalúa mediante la verificación de la facilidad que el usuario tiene para acceder a los servicios contratados con las IPS pertenecientes a la red de servicios y con la medición de los tiempos de espera para la atención presencial y telefónica.
- **Atención de urgencias:** Es la prestación del servicio médico básico desde la evaluación hasta la estabilización, diagnóstico de impresión y definición de conducta.
- **Autorización:** Documento generado por la EPSI para aprobación de los servicios solicitados mediante la orden médica.
- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico y se evalúa mediante la verificación de la prestación por parte de la IPS de los diferentes servicios según el nivel de complejidad contratado para la población asignada

a través de procesos generales de atención, información y referencia y contrarreferencia que le permitan garantizar el acceso, la oportunidad y la pertinencia.

- **Contrarreferencia:** Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió o a otro que esté en condiciones de aceptarlo. La respuesta puede ser la contra-remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- **Direccionamiento**: Facilita la gestión de servicios y tecnologías en salud para un adecuado seguimiento del usuario.

- **Oportunidad:** Es la obtención de los servicios que se requieren, sin que se presenten demoras que pongan en riesgo la salud o vida de los afiliados. Esta característica se relaciona con la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios y se evalúa mediante la medición del tiempo transcurrido entre la solicitud de los servicios y la prestación de los mismo.

- **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales y se evalúa mediante la verificación del funcionamiento del comité de historias clínicas, el comité de autorizaciones, de farmacia y terapéutica, la verificación de los indicadores de uso por servicio para la población asignada, y auditoria médica concurrente.

- **Referencia:** Es el envío de pacientes por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador, para la atención o complementación diagnóstica.

- **Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación.

- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias y se evalúa verificando: Que cada uno de los servicios contratados posea algunos elementos de estructura considerados esenciales entre los establecidos como

VIGILADO Supersalud

condiciones para la habilitación por el Ministerio Nacional de Salud, procesos prioritarios para la atención, la constitución y operación de los comités administrativos y científicos y mediante el seguimiento a indicadores de salud fundamentales.

4. MARCO LEGAL

NORMA	DESCRIPCIÓN
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1995 de 1999	Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
Decreto 047 de 2000	Por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 228 de 2001	Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 244 de 2003	Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 260 de 2004	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Acuerdo 282 de 2004	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
Acuerdo 306 de 2005	Mediante el cual se define el contenido del plan Obligatorio del Régimen Subsidiado POS-S.
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3047 de 2008	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el decreto 4747 de 2007.

Resolución 416 de 2009	Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 008 de 2009	Por la cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
Acuerdo 004 de 2009	Por el cual se da cumplimiento a la sentencia T- 760 de 2008 de la Corte Constitucional.
Acuerdo 415 de 2009	Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado y del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo N.º 11 del 2010	Emitida por la Comisión de Regulación en salud, Por la cual se da cumplimiento a auto N.º 342 de la Honorable Corte Constitucional, iguala el plan obligatorio de salud para los menores de 18 años de edad, afiliados tanto para los esquemas de los subsidios plenos como los parciales.
Ley 1438 del 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo N.º 27 del 2011	Acuerdo No. 27 "Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado".
Decreto 019 de 2012 Articulo 125	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
Resolución 4331 de 2012	Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009.
Resolución 1552 de 2013	Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5926 de 2014	Por la cual se ajusta el Anexo número 01 de la Resolución número 5521 de 2013.

Decreto Único Reglamentario 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Resolución 5975 de 2016	Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2.
Resolución 3951 de 2016	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1885 de 2018	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2106 de 2019 Articulo 105	Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública. Articulo 105 modifica el artículo 125 del Decreto Ley 019 de 2012.
Resolución 2273 de 2021	Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.
Resolución 2153 de 2021	Por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.
Decreto 441 del 2022	Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

Resolución 2811 de 2022	Por medio de la cual se adoptan medidas prioritarias en materia de salud para el Departamento de La Guajira que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para todo el pueblo Wayuu.
Resolución 0023 de 2023	Por medio de la cual se actualiza el listado de enfermedades huérfanas – raras.
Resolución 2366 de 2023	Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la unidad de pago por capitación (UPC).

5. GENERALIDADES DEL PROCESO DE AUTORIZACIONES

- La autorización de servicios de salud es competencia directa del Jefe de Gestión de Servicios en Salud y de la Dirección de Servicios y Operaciones en Salud, por lo anterior está prohibido que otro proceso la emita.

- Los soportes para solicitud de autorización de servicios de salud deben ser remitidos vía, correo electrónico, Skype, cargados en el sistema de información por el prestador solicitante o por asistentes de la línea de frente.

- **Servicios que no requieren autorización:** Para la población no priorizada, no será requerida la autorización para aquellos servicios que se encuentran pactados bajo la modalidad de capitación y la modalidad de pago global prospectivo; al igual que aquellos servicios requeridos para el seguimiento rutinario durante la estancia hospitalaria (laboratorios e imágenes de rayos X convencionales). Por otra parte, la población que se encuentra caracterizada en virtud del Artículo 2.5.3.4.7.4 (pueblo Wayuu), corresponderá el acceso a la atención integral sin mediación de la autorización en concordancia a la población priorizada en la resolución 2811 del 2022.

- **Servicios que requieren autorización:** La totalidad de los servicios de mediana y alta complejidad, tanto ambulatorios como hospitalarios que se encuentran pactados por evento y paquetes de atención para la población general no priorizada.

- Los Jefes de Gestión en Servicios de Salud auditarán la pertinencia de la solicitud del usuario en la historia clínica, basadas en las guías de atención de Colombia.

VIGILADO Supersalud

- Para la prestación de los servicios de urgencias del afiliado, la IPS deberá validar derechos en la base de datos suministrada por la EPSI de forma periódica o en su defecto mediante comunicación telefónica con el Centro de atención el cual se encuentra disponible las 24 horas del día.

- Para la verificación y/o validación de derechos, la institución prestadora de servicios de salud en caso de una solicitud de autorización por un procedimiento de urgencias u hospitalario, solicitará al afiliado el documento de Identidad, sin necesidad de solicitarle fotocopia de este o de ningún documento adicional.

- El Centro de atención estará encargado de la comprobación y validación de derechos de los pacientes, en caso de que la IPS tratante del usuario lo requieran a través de la línea de atención.

- Cuando un paciente ingresa a urgencias en un prestador fuera de la red, la IPS deberá informar a la EPSI el ingreso de los afiliados durante las primeras 24 horas siguientes al inicio de la atención, adjuntando anexo 2 (definido por el Ministerio de Salud y Protección Social) al correo electrónico: atencioninicialdeurgencias@epsianaswayuu.com dispuesto en la página web.

- En caso de que el paciente requiera para su atención otro servicio diferente posterior a la atención de urgencias o en un nivel de complejidad superior al primero, el prestador de servicios de salud deberá diligenciar los formatos reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 3 o Anexo 9) para la población general y formato NF para la población priorizada (resolución 2811 del 2022) en nuestro sistema de información. Para la red no adscrita enviar anexo 3 ó 9 según sea el caso, a través del correo electrónico 018000@epsianaswayuu.com. Todo lo anterior para el direccionamiento pertinente.

- De acuerdo con lo establecido en la normatividad, toda información relacionada con Patología, diagnóstico y tratamiento debe ser manejada con absoluta y completa confidencialidad por parte de todos los empleados, solo podrá tener acceso a la información correspondiente al Diagnóstico del afiliado y a los documentos soportes como la Historia Clínica: el usuario, el equipo de salud, autoridades judiciales y las demás personas determinadas en la ley.

- **Verificación del estado del afiliado:** Para el direccionamiento de los servicios y

tecnologías en salud se debe verificar el estado de afiliación del usuario en la base de datos actualizada dispuesta en el software y si el servicio solicitado se encuentra pactado con otro prestador, se debe derivar a la IPS correspondiente. Si el paciente se encuentra en estado crítico y debe permanecer en la IPS no adscrita a la EPSI se debe garantizar la atención integral en esa institución y determinar la IPS correspondiente al afiliado para su recobro.

- **Autorizaciones generadas:** Las Autorizaciones no usadas cuando transcurridos cinco (5) meses y no ha sido radicada la factura o cuenta de cobro correspondiente se realiza la liberación de la Reserva Técnica.

5.1 SOPORTES PARA EL DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD Y LAS AUTORIZACIONES

Soportes requeridos para el direccionamiento de los servicios y tecnologías en salud cuando el afiliado decide realizar la gestión directamente en la oficina:

1. Fotocopia del Documento de Identidad (RC. TI, CC, PT, PE, SC).
2. Solicitud de servicios debidamente firmada por el médico tratante hasta donde llegue su competencia, con el Registro médico, en papelería de la red prestadora.
3. Resumen de historia clínica o epicrisis.

Nota: En todo caso, toda solicitud de servicios y tecnologías en salud requeridas por el usuario; debe ser gestionada entre la IPS y la EPSI, esta tarea no debe ser trasladada al usuario, por lo cual, esto debe ser de conocimiento de la red adscrita y le corresponde dar la información pertinente y oportuna al afiliado para evitar conglomeraciones en las oficinas y finalmente brindar la garantía de los servicios que amerita el usuario.

Para aquellos servicios y tecnologías en salud que requieren autorización la vigencia es:

Procedimientos Médicos	Hasta sesenta (60) días
Suministro de Medicamentos	Inferior a un mes (1)

5.2 CASOS EN LOS CUALES SE REQUIERE UNA NUEVA AUTORIZACIÓN

Para aquellos servicios y tecnologías en salud que requirieron autorización y requieren una actualización o cambio, se deben de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Las autorizaciones de Servicios podrán ser actualizadas en los eventos que la IPS a la cual se remitió, no se encuentre en funcionamiento o no se pueda tener acceso al servicio autorizado por fallas en algún equipo.
- Cuando por situaciones no propiciadas por el afiliado la Autorización caduque antes de ser utilizada.
- Cuando con la IPS a la cual se le autorizó el servicio se finalice el vínculo contractual.

5.3 CASOS EN LOS CUALES SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA SEGUNDO CONCEPTO MÉDICO

Para autorizaciones por segundo concepto medico se procederá con lo descrito en el presente manual.

5.4 TIEMPO DE RESPUESTA DE LAS AUTORIZACIONES

En los casos donde aplique autorización, y en cumplimiento a lo referido en el artículo 125 del Decreto Ley 019 y modificaciones vigentes, la respuesta a través de la autorización de servicios y tecnologías es de cinco (5) días calendario a partir de la fecha de radicación. En el mismo sentido, las solicitudes de servicios y tecnologías definidas como prioritarias, tratándose de poblaciones de especial protección, entre otras, personas con discapacidad y adultos mayores, madres gestantes, es de dos (2) días hábiles máximo.

6. METODOLOGÍA PARA LA PRESTACIÓN EFECTIVA DE LOS SERVICIOS

Desde el área de Dirección de Servicios y Operaciones en Salud, se verifica la prestación efectiva de los servicios de la siguiente manera:

- Sistema de información SGA SOFTWARE, en el módulo de afiliación en la opción de Servicios Prestados - Se verifica la fecha.

VIGILADO Supersalud

- Verificación en la opción Facturas.
- En el módulo de seguimiento a citas

7. NEGACIONES

La EPSI ANAS WAYUU por políticas institucionales establece que los servicios y tecnologías financiados con recurso de la UPC son autorizados y/o direccionados a los prestadores siempre y cuando cumplan con el criterio de pertinencia médica.

Dentro de las causales de negación se incluye las exclusiones, el listado de inconsistencias para reportes de negaciones de SISPRO y en los siguientes casos:

- Solicitud corresponde a una exclusión del plan de beneficios.
- El servicio es responsabilidad de la ARL; Valoración por medicina laboral.
- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.
- Servicio solicitado con una orden medica antigua o vencida y no refrendada.
- T - Formula medica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 decreto 780.

Si se recibe una solicitud de servicios que presente alguno de los criterios de negación relacionados anteriormente, se procede a la negación en el sistema de información SGA y se le informa al usuario el motivo.

8. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

N.º	DESCRIPCIÓN DE LAS CTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTRO
1.	Recibir la solicitud de servicio al usuario desde la red prestadora de servicios de salud.	Guía Bilingüe/ Asistente del Centro de Atención/ Jefe de Gestión Servicios en Salud	Solicitud de Servicio
2.	Validar los derechos del usuario en el sistema de información vigente y/o base de datos.	Guía Bilingüe/ Asistente del Centro de Atención/ Jefe de Gestión Servicios en Salud	Validación de derecho

VIGILADO Supersalud

2.1	Si el estado del usuario es activo se continúa con el proceso de Direccionamiento o solicitud de la autorización, de lo contrario se remite a Afiliación y Registro.	Guía Bilingüe/ Asistente del Centro de Atención/ Jefe de Gestión Servicios en Salud	Validación de derecho
3.	Solicitar al jefe de Gestión de Servicios la clasificación y/o evaluación del servicio a cargo UPC.	Guía Bilingüe/ Asistente del Centro de Atención	Evaluación del registro
4.	Clasificar y/o evaluar el tipo de solicitud de servicio, (PBS, NO PBS). Para lo No PBS se procede con lo descrito en el Manual de Gestión de Tecnologías NO PBS.	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Evaluación del registro
4.1	Verificar que la solicitud de servicio contenga los soportes requeridos para el análisis: La historia Clínica para todos los casos. Evento a cargo de la UPC: Se realiza el trámite para emisión de la autorización o negación (en caso de que haya lugar).	Guía Bilingüe/ Asistente del Centro de Atención/ Jefe de Gestión Servicios en Salud	Solicitud de autorización y documentos soportes de usuario
5.	Digitar en el sistema de información vigente la solicitud del servicio del usuario.	Guía Bilingüe/ Asistente del Centro de Atención	Registro en el software
6.	Analizar y evaluar el servicio solicitado, teniendo en cuenta la pertinencia médica.	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Autorización
6.1	¿La solicitud de servicios presenta alguno de los criterios de negación? Si: Continua al item 7 de esta tabla. No: Continua al item 8 de esta tabla.	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Autorización
7.	En caso de presentarse una solicitud de servicios que cumpla con los criterios de negación descritos en el manual de Autorizaciones se procederá a generar la negación en el sistema de información SGA	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Negación

8.	Si la solicitud de servicio no se encuentra pactado en la red y requiere de cotización pasar a la actividad 8.1 del presente manual solicitud y legalización de anticipos.	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Correo Electrónico
8.1	Si la solicitud de servicio que requirió cotización tiene un valor superior al estipulado según tarifa promedio y es de alta complejidad se remite a Dirección de Servicios y Operaciones en Salud y se recibe su concepto.	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Correo Electrónico / Cotización
8.2	Una vez recibido el concepto de auditoria por parte de la Dirección de Servicios y Operaciones en Salud. Emitir el formato de auditoría o solicitar continuar en la búsqueda del servicio, teniendo en cuenta los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Director de Servicios y Operaciones en Salud	Formato de Auditoría
9.	Se debe tener presente las siguientes indicaciones: Verificar si el servicio solicitado ya se encuentra direccionado. Tener claro que el servicio direccionado pueda ser garantizado por la entidad a delegar y/o se encuentre contratado con la EPSI. Verificar que la historia clínica está vigente. Si el servicio es solicitado por una IPS, no contratada por la EPSI se pide la remisión del usuario a la red y si es una urgencia vital se debe garantizar en el prestador solicitante.	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Autorización

10.	Remitir la autorización o el direccionamiento al Afiliado y a la red prestadora de servicios (Según el caso).	Guía Bilingüe/ Asistente del Centro de Atención/ Jefe de Gestión Servicios en Salud	Recibido de mensaje de texto y/o Software
10.1	En el caso de que el afiliado solicite la asignación de cita se remite al técnico de Centro de atención.	Técnico de Centro de Atención	Formato de Gestión de cita
10.2	Realizar llamada telefónica para solicitar asignación de cita al prestador autorizado o direccionado para la prestación del servicio. Nota: se debe notificar al afiliado la asignación de cita por parte del prestador en español o Wayuunaiki según el caso para cumplir protocolo de atención al usuario y normatividad vigente.	Técnico de centro de atención	Asignación de cita
11.	Si el prestador del servicio se encuentra por fuera del municipio de residencia del afiliado, se diligencia el servicio de transporte según el caso.	Técnico de Referencia y Contrarreferencia	Formato Instrumento de auditoría de servicios transporte ambulatorio
12.	Una vez recibida la confirmación de la cita, garantizar servicio de transporte.	Jefe de Gestión Servicios en Salud.	Autorización
13.	Si el prestador del servicio se encuentra por fuera del departamento de la Guajira, se diligencia el servicio de casa de paso si este es wayuu o pertenece al grupo de patologías de alto costo.	Técnico de Referencia y Contrarreferencia.	Formato Instrumento de auditoría de servicios de casas de paso.
14.	Si el afiliado es de alto costo, se realiza el seguimiento a través de llamadas telefónicas, comunicación con el auditor concurrente y con el prestador tratante.	Técnico de Referencia y Contrarreferencia	Registro en el Software

15.	Si el servicio es NO PBS se solicita a la IPS el diligenciamiento del formato MIPRES en la página del ministerio de salud y se procede con lo descrito en el manual de Tecnologías No PBS.	Guía Bilingüe y/o asistente de Dirección de Gestión de Grupos de Riesgos	Formato MIPRES
16.	En caso de una solicitud hospitalaria aplicar los numerales del 1 al 7 de esta tabla. Nota: Para lo No PBS se procede con lo descrito en el manual de Tecnologías No PBS.	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Autorización
17.	Realiza informe de Autorizaciones y Direccionamiento de servicios para aquellos que no requieren de autorización.	Director de Servicios y Operaciones en Salud	Informe de Autorizaciones

8.1 SOLICITUD Y LEGALIZACIÓN DE ANTICIPOS

N.º	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTRO
1.	Recibir la solicitud de servicios de salud sin cobertura. Auditar y verificar pertinencia.	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Software
2.	Solicitar cotizaciones.	Jefe de Gestión Servicios en Salud	Correo Electrónico
3.	Realizar por lo menos 3 cotizaciones con prestadores diferentes.	Asistente de Gestión de Servicios de Salud	Correo Electrónico y Teléfono
4.	Realizar evaluación y selección del prestador.	Director de Servicios y Operaciones en Salud	Formato de Auditoría
5.	Solicitud a Gerencia de pago del servicio seleccionado por cotización.	Director de Servicios y Operaciones en Salud	Oficio firmado

6.	Una vez recibido el soporte de pago. Continuar con la actividad 9.1 de las descripciones generales del presente Manual (Manual para prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud Numeral 8).	Asistente de Gestión de Servicios de Salud	Software

9. ENTRADAS

- ✓ Solicitud de la IPS o Afiliado adjuntando lo documentos soporte.

10. MATERIALES NECESARIOS

- ✓ Oficinas administrativas al interior de la entidad.
- ✓ Muebles de oficina.
- ✓ Herramientas de oficina (grapadora, saca grapas, perforadora, entre otros).
- ✓ Teléfono o celular.
- ✓ Archivadores.
- ✓ Computadores.
- ✓ Aplicaciones de apoyo.
- ✓ Internet.
- ✓ Conexiones periféricas.
- ✓ Impresora.
- ✓ Papelería (hojas, notas adhesivas, bloc de notas, agenda, entre otros).

11. PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Autorización original de servicios.
- ✓ Autorización original de servicios de apoyo social: Trasporte y casa de paso.
- ✓ Negación original de servicios PBS.
- ✓ Copia de autorizaciones escritas recibidas por la IPS y usuarios.
- ✓ Seguimiento a pacientes.

VIGILADO Supersalud

12. DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS

- ✓ Autorización de Servicios.
- ✓ Instructivo para seguimiento a la prestación efectiva.

13. RESPONSABLE POR LA SOCIALIZACIÓN DE ESTOS PROCESOS

- ✓ Director(a) de Servicios y Operaciones en Salud.
- ✓ Jefe de Gestión Servicios en Salud.

14. RESPONSABLES POR LA EJECUCIÓN

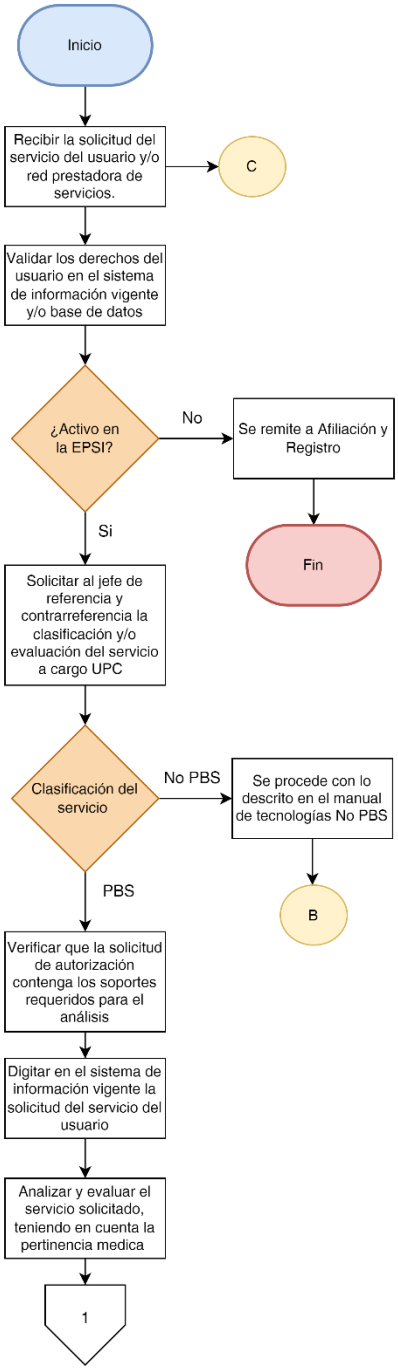
- ✓ Jefe de Gestión Servicios en Salud.
- ✓ Asistente de Centro de atención.
- ✓ Técnico de Centro de atención.
- ✓ Técnico de Referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Guía Bilingüe.
- ✓ Auxiliar de Referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Asistente de Dirección de Contratación y Planeación.

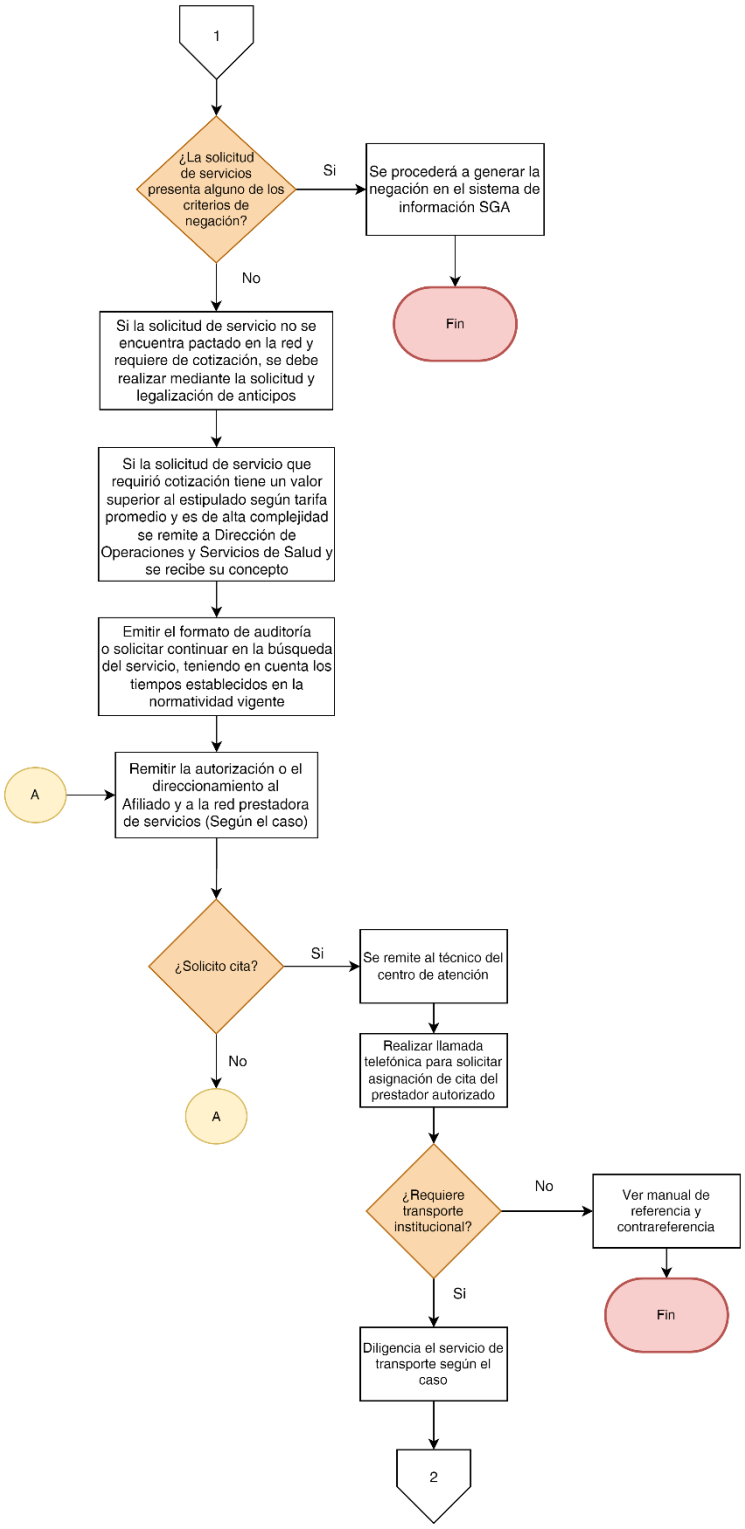
15. INDICADORES

No.	PROCEDIMIENTO	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	FRECUENCIA DE USO
1.	Tiempo por usuario en la autorización diaria prioritaria	N° total de autorizaciones generadas <= 2 días hábiles	N° total de autorizaciones prioritarias	<= 2 días hábiles	Diario
2.	Tiempo por usuario en la autorización diaria No prioritaria	N° total de autorizaciones generadas <= 5 días calendario.	N° total de autorizaciones No prioritarias.	<= 5 días calendario	Diario

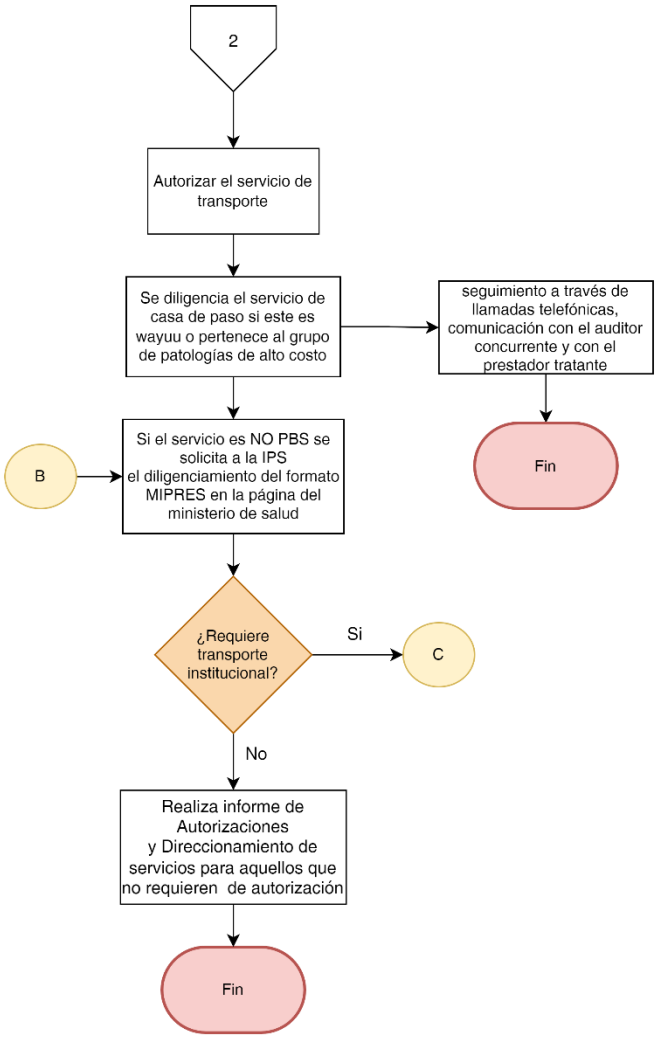
16. FLUJOGRAMA

16.1 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

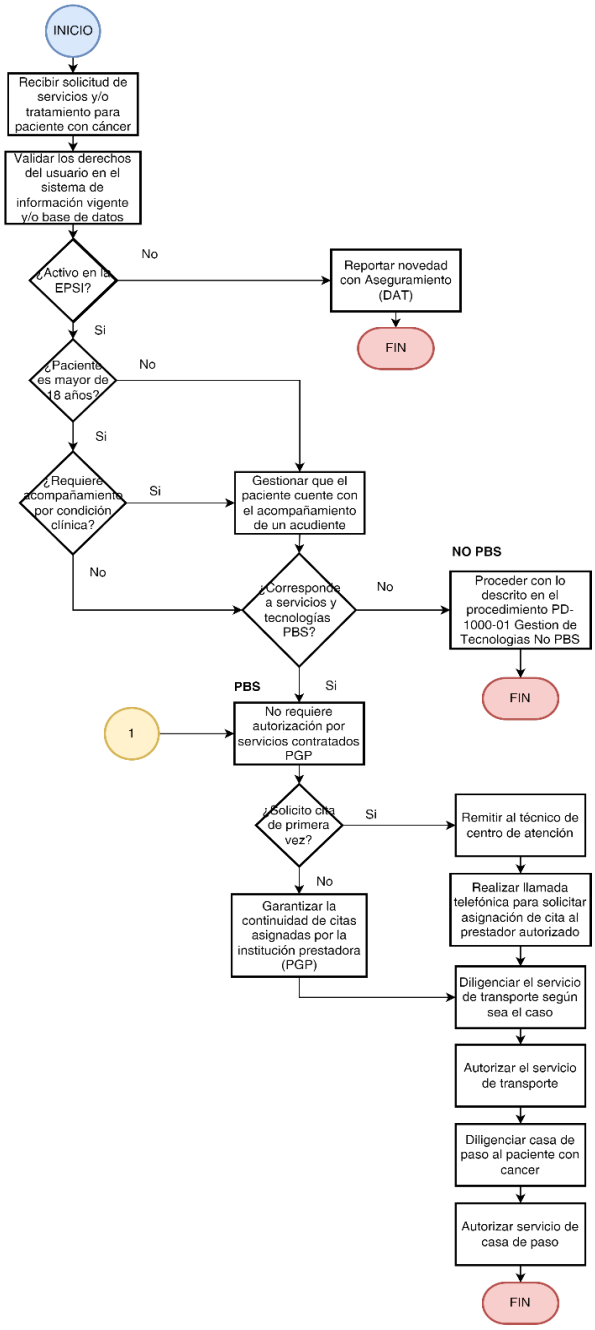




VIGILADO Supersalud

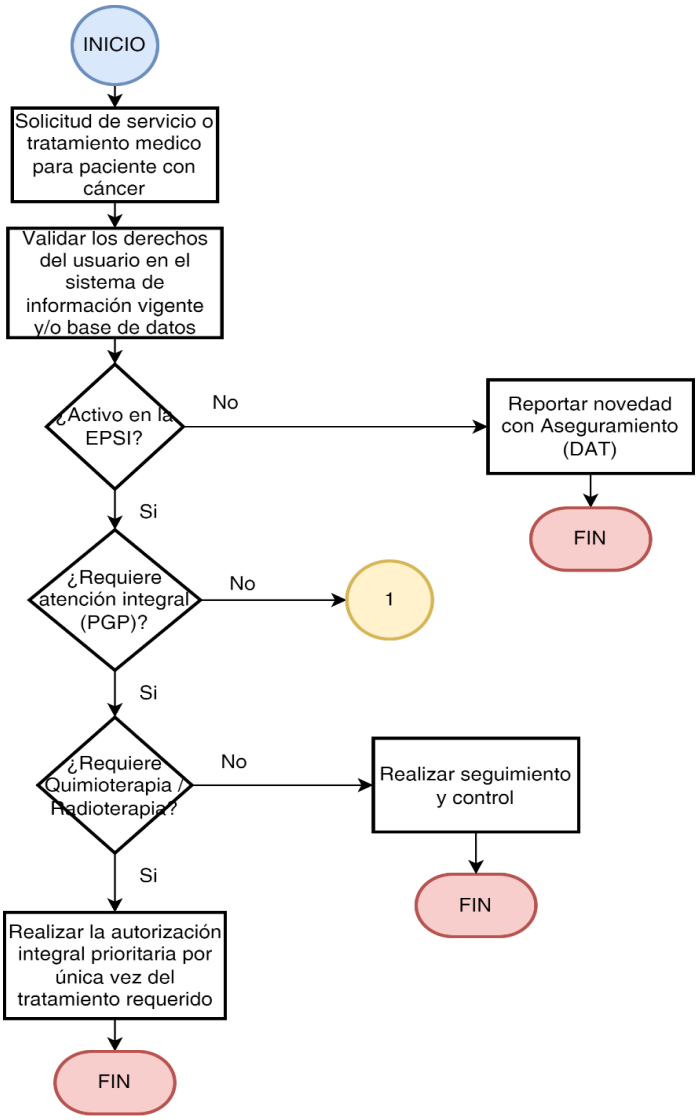

2
Autorizar el servicio de transporte
Se diligencia el servicio de casa de paso si este es wayuu o pertenece al grupo de patologías de alto costo
seguimiento a través de llamadas telefónicas, comunicación con el auditor concurrente y con el prestador tratante
Fin
B
Si el servicio es NO PBS se solicita a la IPS el diligenciamiento del formato MIPRES en la página del ministerio de salud
¿Requiere transporte institucional?
Si
C
No
Realiza informe de Autorizaciones y Direccionamiento de servicios para aquellos que no requieren de autorización
Fin

16.2 DIRECCIONAMIENTO PARA PRESTACIÓN Y PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD DE PACIENTES CON CANCER (MAYORES Y MENORES DE 18 AÑOS)



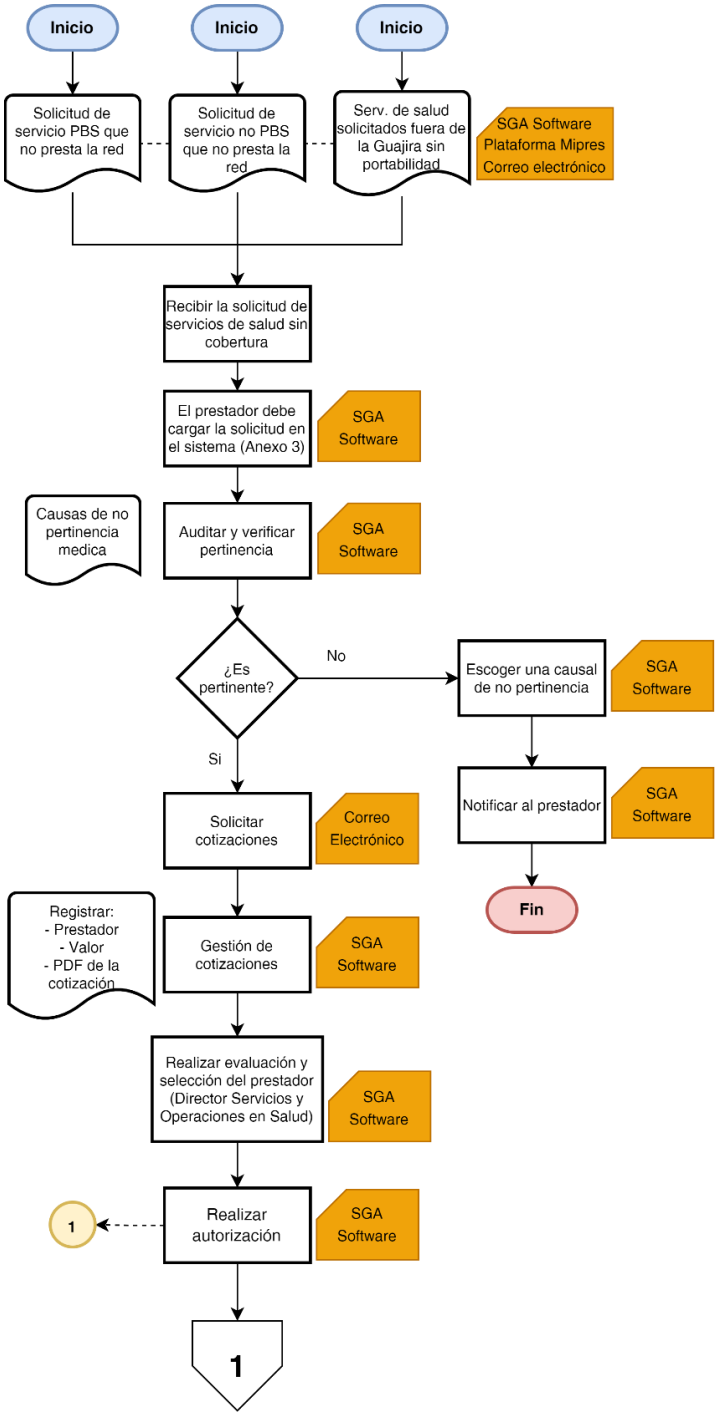
VIGILADO Supersalud

16.3 DIRECCIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA PARA PACIENTES CON CANCER

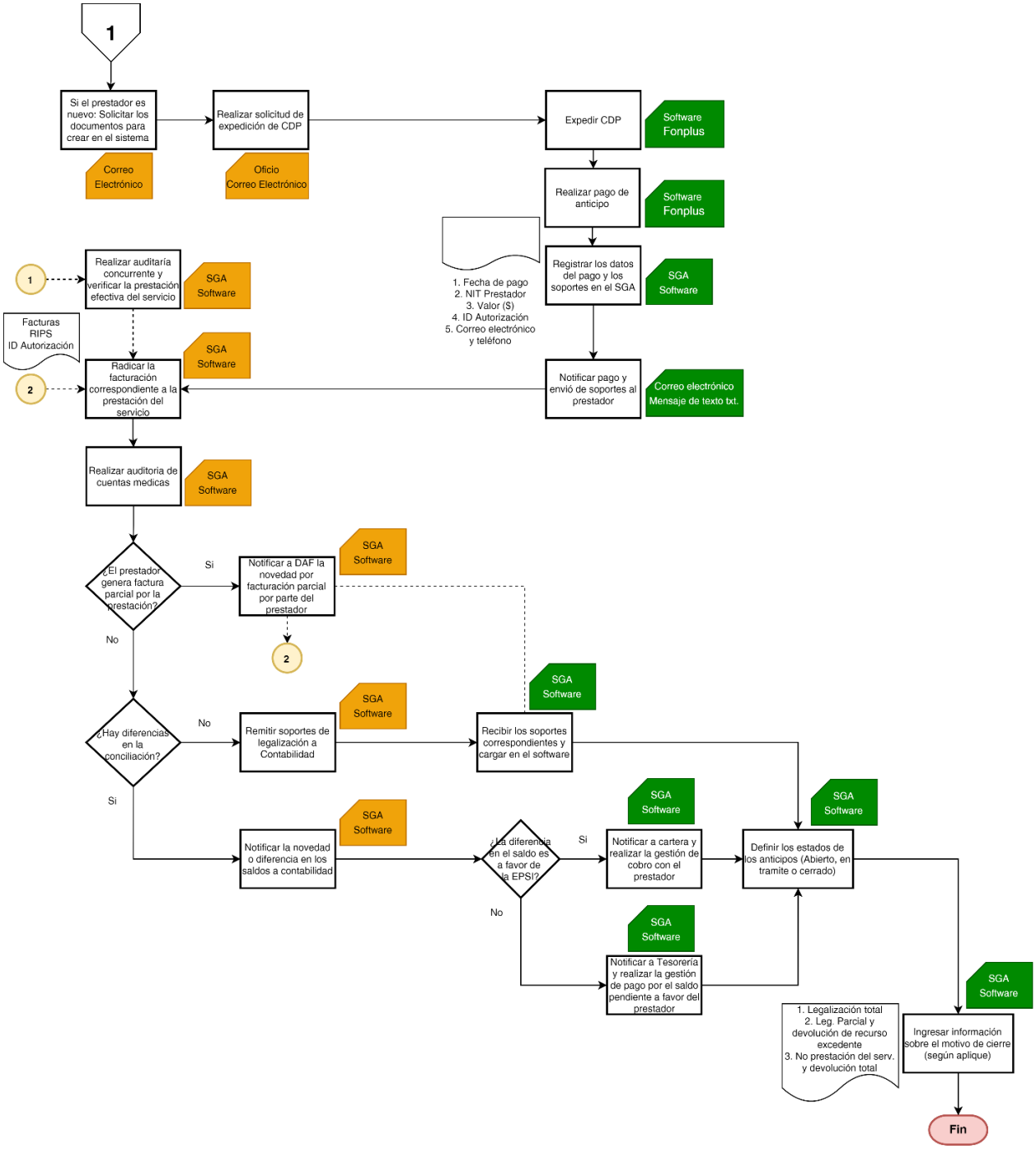


VIGILADO Supersalud

16.4 SOLICITUD Y LEGALIZACIÓN DE ANTICIPOS

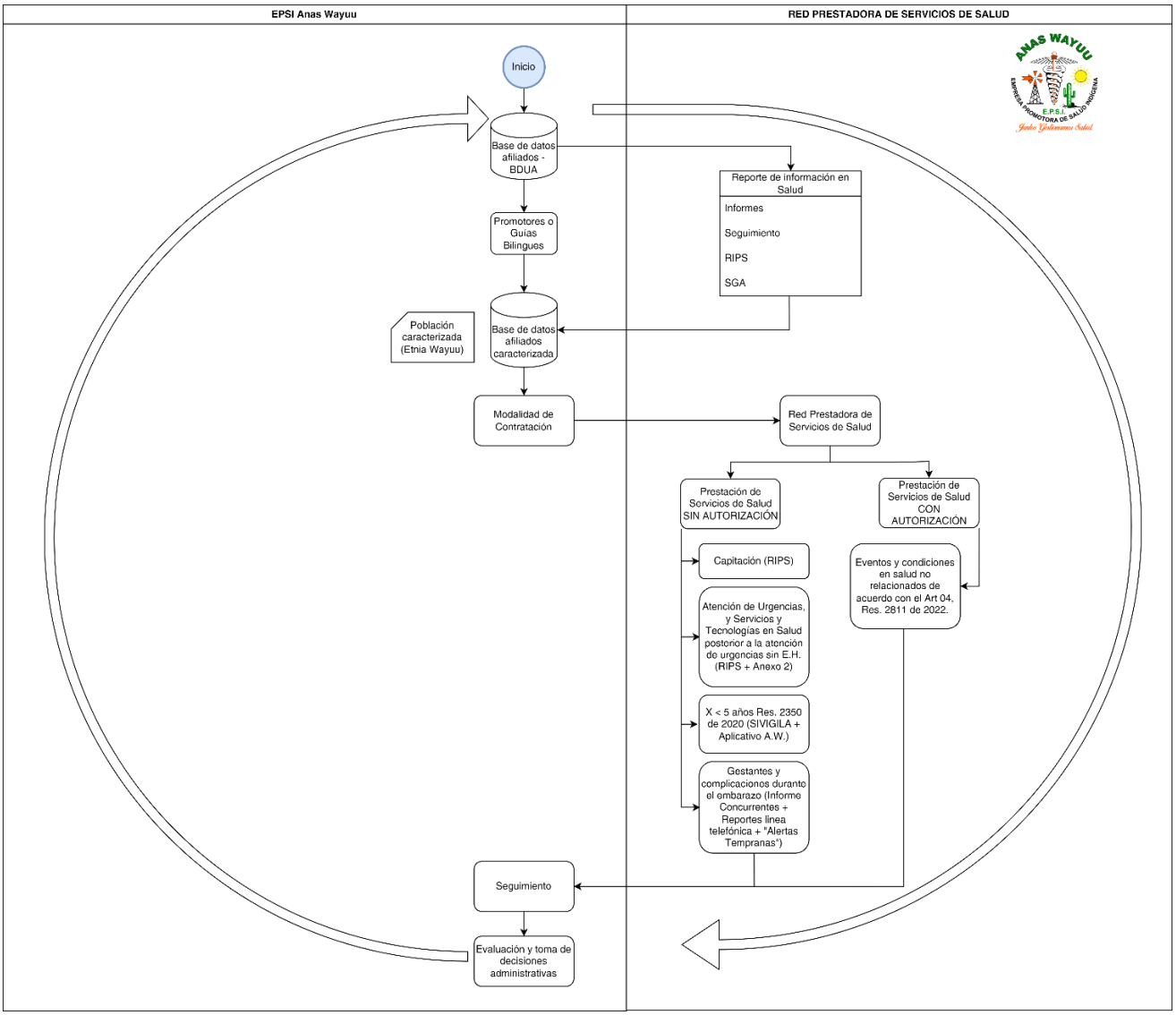


VIGILADO Supersalud



VIGILADO Supersalud

16.5 DIRECCIONAMIENTO DE LA POBLACIÓN PRIORIZADA RESOLUCIÓN 2811 DE 2022



VIGILADO Supersalud

17. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	PAGINAS	FECHA DE CREACIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIOS
N/A	N/A	27/08/2004	27/08/2004	Creación.
1.0	Treinta y dos (32)	27/08/2004	12/2013	Actualización
2.0	Veintinueve (29)	27/08/2004	17/04/2014	Actualización.
3.0	Veintiocho (28)	27/08/2004	21/10/2015	Ajustes en actividades y responsables.
4.0	Veintisiete (27)	27/08/2004	29/12/2016	Modificación del membrete quedando 3 filas que contemplan código, versión y páginas, cambio en la orientación del documento de horizontal a vertical y actualización de marco normatividad.
5.0	Diecinueve (19)	27/08/2004	06/08/2019	Actualización de normatividad vigente, enfoque del manual en tecnología y medicamento a cargo de UPC.
6.0	Veinte (20)	27/08/2004	08/04/2021	Actualización de normatividad vigente.
7.0	Veintisiete (27)	08/04/2021	23/08/2023	Actualización cargo Jefe de Gestión Servicios en Salud, marco normativo, generalidades del proceso de autorizaciones, metodología para la prestación efectiva de los servicios, Incorporación de actividades y flujograma de solicitud y legalización de Anticipos para prestación de Servicios de Salud.

VIGILADO Supersalud

7.1	Veintinueve (29)	23/08/2023	20/02/2024	Se adiciona el numeral 7. Negaciones, se actualiza el marco legal con la Resolución 2366 de 2023, descripción de actividades, flujograma y modificación del orden del documento.