

ANEXO 3

MARCO LOGICO

CONTRATO # 003-2023

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NUEVO MODELO DE REMUNERACION: PAGO POR DESEMPEÑO, PRESUPUESTO GLOBAL PROSPECTIVO POR ACTIVIDAD FINAL

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS)
Subsecretaria de Planeación Sectorial

Documento de marco lógico

**Nuevo modelo de remuneración:
pago por desempeño, presupuesto global prospectivo por actividad final**

Bogotá, D. C., 27 de Mayo de 2019

Equipo técnico del proyecto

Modelo estructurado por

Luis Gonzalo Morales Sánchez
Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

Gerente del proyecto

Carlos Ariel Rodríguez Suárez

Equipo técnico

Manuel Alexander Blanco Roa
Sandro Guio Contreras

Grupo Asesor Uniandes

David Bardey
Giancarlo Buitrago Gutiérrez

Contenido

1. Introducción	5
2. Justificación	6
3. Objetivos	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos.....	9
4. Marco teórico conceptual.....	11
a. Formas de pago en salud	11
b. Pagos por desempeño.....	13
c. Nuevo modelo de remuneración (NMR) pago por desempeño, presupuesto global prospectivo por actividad final (PPD-PGPAF).....	20
5. Metodología de cálculo.....	24
a. Definición de la población objetivo.....	24
b. Identificar el valor UPC (presupuesto del modelo de pago)	25
c. Determinación de las actividades finales.....	28
d. Determinación del valor de referencia por tipología.....	29
Determinación de la producción y el rendimiento por cada actividad final.....	30
Determinación del costo unitario por tipología de actividad final	37
Selección del valor de referencia	40
e. Estímulos alfa y beta (sendas y calidad: cómo funcionan).....	43
6. Protección específica y detección temprana PyD.....	48
a. Determinación de tarifas.....	49
b. Incentivos en PyD	50
7. Operación.....	51
a. ¿Cómo se autoriza?	51
b. ¿Cómo se factura?.....	51
c. ¿Cómo se audita?	52
d. ¿Cómo se realiza el giro?.....	52
e. ¿Cómo se mide el Beta (indicadores, líneas base, líneas meta, ficha técnica)?	53
f. ¿Cómo se mide la carga asistencial?	53

g. ¿Cómo se reajustan las tarifas de PyD?	53
8. Ventajas y desventajas	54
a. Ventajas	54
Ventajas para el usuario	54
Ventajas para el prestador	54
Ventajas para el asegurador	55
b. Desventajas	55
9. Plan de monitoreo, evaluación y seguimiento	57
a. Socialización:	57
b. Implementación:	57
c. Información a las partes:	57
d. Evaluación de impacto y ajuste del NMR PGPAFED:	58
10. Glosario	59
11. Bibliografía cibergrafía	66
12. Anexos	69
Ejemplo de aplicación:	69
Marco normativo	72
Tablas	80
Figuras	88

1. Introducción

Dentro de la plataforma estratégica del plan territorial de salud (Numeral 6) y dentro de los pilares estratégicos transversales, en el pilar 1, “Igualdad de calidad de vida”, se encuentra el proyecto estratégico de “Redes integradas de servicios salud”, en cuyo numeral 3 se establece un “Pago por red con incentivos al desempeño” que direcciona lo siguiente:

Mediante esta línea de acción se incorpora un esquema de remuneración e incentivos para la prestación de servicios de salud por parte de las redes integradas de servicios, permitiendo que se facilite la relación con las entidades administradoras de planes de beneficios en salud, al tiempo que incentiva mejoras significativas en la calidad y eficiencia para la prestación del servicio y que reduce la incertidumbre, los costos de transacción y la conflictividad entre pacientes, aseguradores y prestadores de servicios. El esquema planteado en esta línea entrará en operación en la totalidad de los hospitales del Distrito durante el segundo año de gobierno.

La estrategia central consistirá en diseñar y poner en marcha un mecanismo de pago basado en actividades finales, que estimule una mayor eficiencia y calidad en la prestación del servicio. Las metas evaluables de este proyecto, son las siguientes:

- Diseñar y poner en marcha en el 100 % de redes el nuevo esquema de remuneración e incentivos en los seis meses finales de 2016 y tener una operación completa y consolidada del esquema de remuneración e incentivos al finalizar el segundo año de operación (2017).
- Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero.

Este nuevo modelo de remuneración (NMR) es un pago por desempeño que tiene como fin fundamental llevar a las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud y a Capital Salud a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, conseguir la eficiencia administrativa y financiera y aumentar el impacto de las atenciones en la salud de su población privilegiando la promoción y la prevención de la enfermedad para facilitar la operación del Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MIAS) en el Distrito Capital.

Esta nueva forma de pago de Capital Salud EPSS a la cuatro subredes se desarrolla dentro de los lineamientos de la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y del nuevo Modelo de Integral de Atención en Salud (MIAS), ordenado dentro de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.

En este documento se describe la metodología para la formulación del NMR, la cual tendrá ajustes en la medida en que su implementación lo requiera y se pretende que sea fuente de consulta de los actores del sistema: la Secretaría Distrital de Salud (SDS), el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), Capital Salud EPSS, las Subredes Prestadoras de Servicios de Salud, los usuarios del sistema y la población en general, con el fin de conocer la herramienta de pago por desempeño, presupuesto global prospectivo por actividad final (PPD-PGPAF).

2. Justificación

Lo anterior forma la operación del Sistema de Seguridad Social en el Distrito Capital, basada en la relación entre la aseguradora Capital Salud y los prestadores de servicios de salud, organizados en las cuatro subredes ESE, casi exclusivamente en dos maneras de contratación: 1) la capitación para las actividades preventivas y de baja complejidad y 2) el pago por evento para las actividades resolutiveas o asistenciales hospitalarias. Estas dos formas presentaban las siguientes situaciones desfavorables para la población:

1. Se carecía de pagos por desempeño a la calidad y la eficiencia de la utilización de los recursos financieros, humanos y físicos y a la efectividad o el impacto en los resultados en salud de la población afiliada.
2. La gestión del riesgo de salud, verdadera y principal función de una aseguradora de salud, se desdibuja por la situación, ya referida, de elevados costos de transacción y capitación.
3. El modelo de capitación incluye de manera intrínseca un estímulo para el prestador al ahorro o contención de las atenciones, entendiendo la relación que existe para él entre la cantidad de atenciones prestadas y su costo de producción. Lo anterior se torna desfavorable para el modelo de atención al aplicar dicho incentivo a las actividades preventivas y de baja complejidad, ya que estas representan la gestión del riesgo y el mayor impacto del modelo en la salud de la población, en las cuales, por ende, no es recomendable ahorrar o contener.

Para el caso del Distrito Capital, esta situación era acentuada por la desarticulación entre las actividades de Protección específica y Detección temprana (PyD) (atención preventiva individual a cargo del asegurador) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (atención preventiva colectiva a cargo del ente territorial), con una ausente intersectorialidad y un pobre impacto sobre los determinantes sociales de salud en el Distrito Capital.

Por su parte, el modelo de pago por evento incluye también de manera intrínseca un estímulo para el prestador al aumento en la generación de atenciones en salud, entendiendo la relación que existe para él entre la cantidad de atenciones prestadas y su facturación. Lo anterior se torna desfavorable para el modelo de atención al aplicar dicho incentivo a las actividades resolutiveas o asistenciales hospitalarias, ya que estas representan el mayor costo y menor impacto del modelo en la salud de la población, lo cual puede llevar al desequilibrio financiero tanto al asegurador como al prestador, por sobrepasar el 92 % de UPC destinada a la prestación de servicios.

La existencia de este riesgo lleva a las partes (asegurador y prestador) a operar su relación contractual a través de procesos de supervisión complejos a fin de proteger su subsistencia financiera, como lo son los procesos de autorizaciones, facturación y auditoría, procesos

que están basados en la desconfianza y que implican para las partes altos costos de transacción y un proceso de pago mayor a un año (escaso flujo de caja) profundizando así el desequilibrio financiero de las partes.

El NMR Pago por Desempeño, Presupuesto Global Prospectivo por Actividad Final (PPD-PGPAF), apalancándose en la integración vertical existente en el Distrito Capital —y que consiste, a su vez, en que el ente territorial es dueño mayoritario de la aseguradora y dueño de las 4 subredes, con sus 22 hospitales y sus 190 puntos de atención—, busca aportar soluciones a la problemática ya planteada, tratando de combinar las virtudes de los dos esquemas de remuneración mencionados, sin traer sus defectos. Más precisamente, se busca:

1. La operación de un sistema de pago por desempeño (PPD) que condiciona el valor que se va a reconocer por una mayor eficiencia y mejor calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las cuatro subredes, para así mejorar el impacto (efectividad) en la salud de los bogotanos.
2. Rescatar el papel del asegurador de gestionar el riesgo de enfermar y morir manteniendo sano al sano; ello, detectando a tiempo al potencialmente enfermo y buscando que el enfermo crónico no acentúe su enfermedad, a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) manejadas con intersectorialidad.
3. Incentivar la ejecución de las actividades individuales de protección específica y detección temprana contenidas en las RIAS, con énfasis en la RIAS Materno-Perinatal y RIAS de promoción y mantenimiento de la salud reconociéndolas bajo la modalidad de pago por evento a una tarifa de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) vigente menos el 45 %, que equivale al 3,89 % de la unidad de pago por capitación (UPC), (cuando se reconocía bajo la modalidad de pago por capitación, solo se alcanzaba el 2,47 % de la UPC) y favoreciendo la demanda inducida tanto del prestador como del asegurador, lo cual va a impactar positivamente en la salud de los bogotanos. Eso permite reducir los gastos en la carga de los servicios de internación, ahorro que será utilizado al final de la vigencia del contrato para incrementar las tarifas de PyD para un nuevo contrato, y, por ende, el porcentaje de participación en la UPC, y permitirá, a su vez, la verdadera operación del Nuevo Modelo de Atención Integral.

En la ejecución del actual Plan Territorial de Salud 2016-2020 se está realizando la articulación de PyD con el PIC del ente territorial, obedeciendo a los determinantes sociales de la salud del Distrito Capital contenidos en las siete Rutas Integrales de Atención en Salud priorizadas bajo el nuevo concepto de Salud Urbana.

Lo anterior permite también disminuir y simplificar al máximo los onerosos costos de transacción en los procesos de autorizaciones, facturación y auditoría, buscando que el afiliado tenga la menor participación posible en los trámites de los procesos en mención, lo cual se está logrando a través del pago por actividad final y por la política pública de salud digital, que está sistematizando la historia clínica de la cuatro

subredes. Al unificarla de forma digital en la nube, se facilita el acceso del asegurador y del personal asistencial autorizado de la Red Pública Distrital desde cualquier sitio de la capital.

A través de las estrategias de Presupuesto Global Prospectivo (PGP) con una tarifa o valor de referencia eficiente y un giro directo cercano al 100 %, el NMR busca el equilibrio financiero y el flujo de caja de las partes.

3. Objetivos

Objetivo general

Diseñar, socializar, implementar y evaluar el NMR PPD-PGPAF como la forma de remuneración de los servicios que las cuatro subredes ESE presten a Capital Salud EPS-S para el régimen subsidiado y a la SDS para la población pobre no afiliada (incluye nuevas APP) como una herramienta que paga por el desempeño en eficiencia y en la calidad en la prestación de los servicios de salud, propendiendo por el equilibrio financiero del prestador y del asegurador y privilegiando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para, de esta forma, impactar positivamente la salud de los bogotanos.

Objetivos específicos

1. Contribuir a la eficiencia del prestador logrando un avance de, al menos, el 25 % al valor de referencia (costo unitario eficiente) por cada una de las tipologías de actividad final de las cuatro subredes por cada año de implementación del NMR. Este objetivo debe estar al 100 % para el cuarto año de operación del NMR.
2. Contribuir a la eficiencia del prestador y a la del asegurador disminuyendo en el 50 % los costos de transacción entre el asegurador (Capital Salud) y el prestador (las cuatro Subredes ESE) en los procesos de autorizaciones, facturación y auditorías para el 31 de diciembre de 2018.
3. Contribuir a mejorar el acceso y la oportunidad del usuario disminuyendo al 0 % los trámites que lleve a cabo el usuario en los procesos de autorizaciones y facturación,

y realizables por parte del asegurador o del prestador para el 31 de diciembre de 2018.

4. Pagar —y que así, de manera gradual, se prioricen en la relación contractual de Capital Salud y las cuatro subredes ESE a partir del 1 de agosto de 2017—, por el 100 % por los indicadores de calidad y de gestión del riesgo derivados de los nuevos modelos de atención en salud y de aseguramiento del plan territorial en salud.
5. Pagar —y, de esta forma, aumentar el impacto de estas actividades en la salud de los usuarios— el 100 % de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana PyD por evento, y que, en la medida en que disminuya la carga asistencial hospitalaria, dichos ahorros se destinen a mejorar las tarifas de PyD aumentando de manera gradual el porcentaje de UPC destinado a este cometido.
6. Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya, como mínimo, la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero durante los cuatro años del Plan Territorial de Salud.
7. Lograr que Capital Salud EPS-S preste, a través de las cuatro subredes ESE, el 80 % de UPC de Capital, destinado a prestación de servicios, para el 31 de diciembre 2018, aumentando gradualmente cada año hasta el tope del 92 % de UPC para el 31 diciembre de 2020.

4. Marco teórico conceptual

a. Formas de pago en salud

En Colombia, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se emplean diferentes modelos de pago. Los más frecuentes, descritos en el Decreto 4747 de 2007 de la Presidencia de la República, son: 1) Pago por capitación, 2) Pago por evento y 3) Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.

En la modalidad de contratación y pago *por capitación*¹, el asegurador traslada la responsabilidad de la gestión del riesgo al prestador, y en este caso, una de las dificultades identificadas consiste en el riguroso control de costos en la prestación del servicio. Esto puede ocasionar, en los casos más graves, que no se brinden las atenciones necesarias para garantizar el nivel adecuado de asistencia y de calidad en el servicio, o bien, que se seleccione a las personas que demanden menos atención o consuman menos recursos, lo cual refleja la capacidad o la incapacidad, tanto del prestador como del asegurador, para gestionar el riesgo y para costearlo. Algunos Ejemplos de esta situación son: 1) la baja cobertura de actividades de protección específica y detección temprana, 2) la doble facturación de actividades (actividades capitadas convertidas en evento) y 3) la baja productividad y la baja efectividad del primer nivel, el cual, con el fin de contener costos, deja de cumplir con sus actividades, que pasan a ser atendidas por un nivel de complejidad superior, a modo de evento. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el proyecto de decreto² que actualmente se está socializando a los actores del sistema, propone para subsanar las anteriores anomalías:

a. Capitación. Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se establece una suma por persona para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad, a un número predeterminado de personas, durante un periodo definido de tiempo y en cuyo pago se reconoce una suma fija y una suma variable. La suma variable se reconocerá por persona de acuerdo con los indicadores de desempeño y resultados que se pacten. La unidad de pago es la persona con el valor convenido. En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el artículo anterior, en los contratos deberá pactarse lo siguiente: 1. Listado y caracterización de las personas incluidas y mecanismo de actualización de novedades. 2. Especificación de las tecnologías en salud de baja complejidad incluidas. 3. Suma a ser pagada por persona especificando la parte fija y la parte variable. 4. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención cuando aplique. 5.

1 Pago por capitación: “Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tiene derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tienen derecho a ser atendidas” (Presidencia, Decreto 4747 de 2007, art. 4, lit. a).

2 Proyecto de decreto del Ministerio de Salud y Protección Social; Por medio del cual se modifican, adicionan o sustituyen disposiciones del Libro 2, Parte 5, Título 3, Capítulo 4 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regulan las relaciones y contratos entre Entidades Responsables de Pago y Prestadores de Servicios de Salud; Artículo 1. Modificación del Capítulo 4 del Título 3 del Decreto 780 de 2016; CAPÍTULO 4 CONTRATACIÓN; Sección 2. Condiciones de contratación de los servicios de salud; Artículo 2.5.3.4.2.4. Modalidades de contratación y de pago y sus requisitos mínimos.

Especificación de los indicadores de desempeño y resultados esperados, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la población objeto del contrato y el seguimiento periódico de las metas establecidas. 6. Definición de las reglas para el reconocimiento de la suma variable. En todo caso la suma fija deberá tener en cuenta la operación del prestador, teniendo en cuenta su capacidad de resolución. Para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para su aplicación.

Es importante resaltar que se empiezan a introducir en el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano pagos por desempeño al contemplar una suma fija y una suma variable; esta última, sujeta a indicadores de desempeño y resultados esperados o de impacto en la salud de la población.

El *Pago por evento*³ se determina después de la atención, toda vez que depende de los requerimientos de cada paciente, y puede generar o no glosas posteriores, dependiendo de la documentación de soporte.

Esta modalidad de pago es señalada como poco eficiente, porque estimula la sobreutilización de servicios y el gasto excesivo de recursos, e incentiva al prestador para aumentar los costos del servicio, pues hacerlo le genera mayores ingresos.

En relación con el *Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*⁴, la implementación de este tipo de pago privilegia su utilización en tratamientos cuyos protocolos de atención y los costos de dicha utilización están suficientemente especializados y estandarizados. No ofrece las herramientas necesarias y suficientes para su aplicación en el Distrito Capital, dadas las condiciones de aseguramiento y financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y presupone un mayor tiempo de implementación, debido a serios problemas de información, tales como los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), los cuales, en el 40 % de los casos, se encuentran mal diligenciados y hacen referencia a signos y síntomas de enfermedad, no a diagnósticos de esta (CIE10).

Otro modelo de pago empleado en Colombia, pero no descrito en el Decreto 4747, es el *Pago fijo global prospectivo por paciente atendido*, que consiste en establecer una tarifa fija por conjuntos de atención que incluyen una o varias actividades estipuladas en los contratos

3 Pago por evento: "Mecanismo de pago que se genera a partir de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente" (Presidencia, Decreto 4747 de 2007, art. 4, lit. b).

4 Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: "Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente" (Presidencia, Decreto 4747 de 2007, art. 4, lit. c).

suscritos entre las partes. El pago se hace por consulta médica, tratamientos terminados en odontología (operatoria, cirugía y endodoncia), urgencias odontológicas, partos y otras atenciones.

Anualmente se establecen las condiciones y los contenidos de la atención mediante contratos entre el hospital y la entidad que efectúa el pago. Las condiciones de la contratación y las relaciones derivadas de ella dan todo el control al pagador.

Por último, es necesario destacar que en el país, durante los últimos años, ha incursionado como modalidad de pago el contrato por *presupuesto global prospectivo*, el cual se constituye en torno a la relación entre capacidad instalada del hospital y demanda esperada en un territorio definido. No hay precio individualizado por persona ni por evento de atención. El presupuesto asignado se define a partir del costo de prestación de servicios a la demanda de referencia ejecutado en la vigencia anterior y tomando en cuenta la demanda global de servicios a la institución. Se paga de forma prospectiva, con base en un plan de desembolsos. Debe estar predefinido en un conjunto de servicios comprometidos por el hospital, ligado a su capacidad instalada y al área de referencia que cubre.

Hay transferencia parcial del riesgo, en la medida en que existe un tope presupuestal frente a una demanda incierta. El presupuesto aceptado en el contrato se constituye en tope de pago para el ente territorial por la población y los beneficios incluidos. El principal problema del contrato con presupuesto es que el hospital tiende a racionar los servicios a la población, con el fin de manejar el costo variable.

Los contratos por presupuesto global prospectivo se segmentan de acuerdo con la disponibilidad de hospitales del territorio, la asignación de poblaciones, la distribución del plan de beneficios y el nivel de atención de las instituciones.

b. Pagos por desempeño

Todos los sistemas de salud se caracterizan por una tensión entre el objetivo de mejorar la calidad de la prestación y controlar los costos de la atención. La implementación de incentivos explícitos —principalmente, financieros—, condicionados a la obtención de desenlaces esperados en la calidad de la prestación de los servicios, ha sido una de las respuestas a esta tensión a lo largo de las últimas dos décadas.

Estos mecanismos, generalmente llamados *mecanismos de pago por desempeño*, se basan en teorías económicas, las cuales se pueden resumir a través de las siguientes premisas (Eijkenaar et al., 2013; Mannion & Davies, 2008):

1. Los incentivos financieros motivan cambios de comportamiento.
2. Estos cambios de comportamiento llevan a mejoras en calidad y desempeño.

3. Los administradores y los diseñadores de política pueden distinguir entre los aspectos de la actividad clínica que producen beneficios y los que no lo producen.
4. Los beneficios netos de los incentivos financieros superan cualquier consecuencia no deseada o negativa.

Países y actores dentro de los sistemas de salud han utilizado un amplio rango de mecanismos de pago por desempeño, con gran heterogeneidad en los escenarios usados. Existen reportes de la literatura que presentan una caracterización adecuada de los mecanismos usados, y los cuales concluyen que el éxito de un mecanismo de pago por desempeño dependerá del diseño y de los detalles institucionales que caracterizan este mecanismo (Cashin, Chi et al., 2014; Eijkenaar et al., 2013). En particular, estos mecanismos de pago por desempeño tienen mejores resultados en escenarios clínicos donde se pueden lograr una alta estandarización de procesos y unos objetivos terapéuticos precisos.

Durante las últimas décadas, el gasto en salud se ha incrementado en muchos países de ingresos medios y bajos; sin embargo, dicho incremento no está correlacionado con mejoras en la calidad de la presentación de servicios de salud (World Health Organization, 2017). Algunos autores consideran que los esquemas de pago por desempeño son un instrumento que permite ayudar a reorientar problemas estructurales de la presentación de servicios de salud, como la baja responsabilidad por parte de los actores, que genera grandes ineficiencias e inequidades (Meessen, Soucat & Sekabaraga 2011).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) hizo una revisión de literatura que presenta las principales definiciones utilizadas por organizaciones internacionales de lo que interpretan como pago por desempeño. La tabla A presenta el resumen de las definiciones utilizadas.

Tabla A. Definiciones de pago por desempeño

Organización	Definición
AHRQ	Pagar más por desempeño en métricas de calidad.
CMS	El uso de métodos de pago y otros incentivos para fomentar mejoras de la calidad y el cuidado de alto valor centrado en el paciente.
RAND	Estrategia general de promoción de mejoramiento de la calidad a través de la recompensa a los proveedores (médicos, clínicas u hospitales) que cumplan ciertas expectativas de desempeño respecto a la calidad o la eficiencia en el cuidado de la salud.

Banco Mundial	Una serie de mecanismos diseñados para mejorar el desempeño del sistema de salud a través de pagos basados en incentivos.
USAID	El pago por desempeño introduce incentivos (generalmente, financieros) para recompensar el logro de resultados positivos en salud.
Centro del Desarrollo Global	Transferencia de dinero o bienes materiales condicionada a la realización de una acción medible o a alcanzar un objetivo de desempeño predeterminado.

Fuente: tomado de Cashin et al. (2014).

Existen muchos contextos en los que los modelos de pago por desempeño han sido utilizados. La B presenta el listado de países OCDE, y la región sombreada corresponde al país y escenario en el cual el pago por desempeño ha sido utilizado. La OCDE describe en 2012 la utilización de este mecanismo en varios países como Australia, Bélgica, Chile, República Checa, Francia, Alemania, Corea del Sur, Luxemburgo, México, Holanda, Nueva Zelanda, Portugal, España, Suecia, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos. En dichos programas, los objetivos principales del mecanismo de pago por desempeño fueron: desenlaces clínicos, utilización adecuada de procesos, satisfacción del paciente y experiencia del paciente (Cashin et al., 2014).

Tabla B. Uso de pago por desempeño en países OCDE

País	Atención primaria	Cuidado especializado	Hospitales
Alemania			
Australia			
Austria			
Bélgica			
Canadá			
Chile			
Dinamarca			

País	Atención primaria	Cuidado especializado	Hospitales
Eslovaquia			
Eslovenia			
España			
Estados Unidos			
Estonia			
Finlandia			
Francia			
Grecia			
Holanda			
Irlanda			
Islandia			
Israel			
Italia			
Japón			
Luxemburgo			
México			
Noruega			
Nueva Zelanda			
Polonia			
Portugal			
Reino Unido			

País	Atención primaria	Cuidado especializado	Hospitales
República Checa			
República de Corea			
Suecia			
Suiza			
Turquía			

Fuente: tomado de: Cashin et al. (2014).

La teoría que subyace a muchos de los programas de pago por desempeño puede ser incluida en la literatura económica de agente-principal. Un principal (como lo es un paciente, o algunas veces en el sistema de salud, un comprador) quiere estructurar una relación contractual con un agente (el cual puede ser un médico o una organización, como un hospital), para asegurar servicios de alta calidad al menor costo. Se asume que el incremento, en calidad o eficiencia, requiere “esfuerzos” por parte del agente, que deben ser compensados por medio de ganancias financieras (deben ser penalizados). El agente luego evaluará cuánto esfuerzo se debe realizar comparando los beneficios financieros esperados con los esfuerzos requeridos. En la forma más simple de este modelo, el principal establece las recompensas financieras (o multas) para el agente, al ya conocer cómo el agente responderá a los incentivos incrementando su esfuerzo, y, por lo tanto, mejorando el desempeño. Para establecer el régimen de incentivos, el principal debe realizar un balance entre los costos esperados de los incentivos por pagar y las mejoras en calidad (Cashin et al., 2014). A partir de recomendaciones de expertos, los aspectos para tener en cuenta en el diseño de un mecanismo de pago por desempeño son (Miller & Babiarz, 2014):

¿Qué recompensar?

Como mencionan Chasin et al. (2014), se podría pensar *a priori* que se deben recompensar los resultados más que los procesos o estructuras/conjuntos de insumos que permiten llegar a esos resultados. Sin embargo, existe un consenso para establecer que la tecnología de producción de los resultados en salud involucra demasiados factores como para poder basar un sistema de incentivos directamente en los resultados alcanzados. Por lo tanto, los pagos por desempeño tienden a concentrarse más en procesos o estructuras/conjuntos de insumos que en resultados sanitarios. Además, en lo que concierne a este primer aspecto, *i. e.*, ¿qué

recompensar? Se debe tener en cuenta que los beneficiarios de estos pagos por desempeño, ya sean los prestadores o los aseguradores, pueden tener incentivos en seleccionar (aún más) los riesgos si su remuneración depende de los resultados sanitarios alcanzados. Si todo lo demás permanece constante, es más costoso obtener los mismos resultados a partir de una población de pacientes/asegurados caracterizados por un riesgo de salud mayor.

Cuando los esquemas de pagos por desempeño se basan en procesos, se requiere poder observar protocolos estandarizados para el diagnóstico y el manejo de las enfermedades que padecen los pacientes. Estos procesos pueden, entonces, detectar problemas de subutilización de algunos procedimientos, o, al contrario, revelar una utilización indebida o excesiva de algunos tratamientos. Cuando un esquema de pagos por desempeño se basa en las estructuras usadas, se requiere, entonces, observar los insumos utilizados, como el número de médicos y de enfermeras, los equipos, etc. La publicación de los resultados puede también crear externalidades positivas, en el sentido de que los prestadores que obtienen resultados menos satisfactorios se pueden “inspirar” en los demás.

¿A quiénes se debe recompensar?

Miller y Babiarz (2014) explican que los pagos por desempeño involucran, generalmente, algún grado de riesgo a las entidades que los reciben; especialmente, si se basan en resultados que requieren algunas inversiones, mientras los pagos recibidos son contingentes a los resultados alcanzados. En tal caso, las entidades que están sometidas a esos pagos no pueden ser demasiado pequeñas, por cuestión de la prima de riesgo que se debería pagar a los actores sometidos a dicho esquema (para compensarlos por ese riesgo). Además, los mismos autores explican que cuando los incentivos dirigidos por un esquema de pagos por desempeño se aplican a entidades demasiado pequeñas, se pueden limitar iniciativas e innovaciones que podrían contribuir a mejorar la calidad o disminuir los costos. Sin embargo, esos autores subrayan que, *ceteris paribus*, en entidades más grandes se pueden acentuar fenómenos de pasajero clandestino entre los actores que trabajan para ellas⁵. Existe también el riesgo de remunerar, vía pagos por desempeño, a estructuras más grandes, mientras que no son necesariamente ellas las que pueden influir directamente sobre la calidad que reciben los pacientes. Por lo tanto, se debe pensar el esquema institucional adecuado para que las entidades que reciben los pagos por desempeño transmitan estos incentivos al nivel de los actores que directamente deciden sobre la calidad.

⁵ El fenómeno de pasajero clandestino proviene de que los resultados en los cuales se basan los pagos por desempeño son consecuencias de esfuerzos comunes, mientras que los costos de estos esfuerzos son asumidos de manera privada.

¿Cómo recompensar?

Finalmente, Miller y Babiarz (2014) abordan también el tema de la manera como se debe recompensar a los actores del sistema para promover la calidad de los servicios. Uno de los aspectos clave es determinar cuál es la proporción de la remuneración que debe ser fija y la parte que debe ser variable en función de los pagos por desempeño. Citan varios análisis empíricos aplicados a sectores de salud (Grady et al., 1997; Hillman et al., 1998; Rosenthal & Frank, 2006), los cuales revelan que los pagos por desempeño deben generar un cambio suficientemente importante en los ingresos de sus beneficiarios para poder generar los efectos esperados. También un esquema de pago por desempeño puede involucrar una transferencia de riesgo, por lo cual los agentes —especialmente, si pertenecen a estructuras pequeñas— deben ser compensados.

c. NMR PPD-PGPAF

El NMR es un mecanismo de pago por desempeño o resultados que busca mejorar la calidad de la atención en salud de la población de régimen subsidiado afiliada a Capital Salud y el equilibrio financiero del asegurador (Capital Salud) y el prestador (Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE).

El NMR es un modelo PPD que, básicamente, es un pago que incentiva a la eficiencia en la utilización de recursos humanos y físicos del prestador y al cumplimiento en indicadores de calidad. Su principio es discriminar el valor pactado en un valor de referencia eficiente y un estímulo al desempeño: así, no se excede el valor pactado, pero se lleva al prestador a buscar la eficiencia y garantizar la calidad de las atenciones. Dicho valor de referencia se calculó seleccionando el costo unitario más eficiente (menor costo-mayor producción) de todos los 22 hospitales que actualmente conforman las cuatro subredes ESE para cada actividad final. Este mecanismo de pago con incentivos se basa en los hallazgos realizados por la OCDE⁶ y por Miller et al.⁷, en relación con las características y los objetivos de los mecanismos de pago por desempeño encontrados a escala mundial, tanto para países en desarrollo² como para países desarrollados¹. Se fundamenta en el **Presupuesto Global Prospectivo por Actividad Final (PGPAF)**. Un *presupuesto global prospectivo* consiste en que el asegurador y el prestador pactan de forma prospectiva un presupuesto (valor) global para pagar por una cantidad global de atenciones en salud (la cantidad de atenciones entre un valor mínimo y uno máximo, o lo que se denomina *senda*), las cuales están medidas en *actividades finales*

⁶ Cashin, Cheryl, Chi, Y-Ling, Smith, Peter C., Borowitz, Michael, y Thomson, Sarah, eds. (2014). *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open Univ. Press.

⁷ Miller, G., y K.S. Babiarz. 2014. Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs. *Encyclopedia of Health Economics*, 457-66.

(consulta, cirugía y hospitalización). La esencia de este modelo es reducir los costos de transacción al simplificar los procesos de autorizaciones, facturación y auditoría.

Las siguientes premisas representan las tres reglas de oro del NMR que permiten el equilibrio financiero entre el asegurador y el prestador:

1. *Pacto de confianza: VALOR GLOBAL = PRODUCCIÓN (Presupuesto Global)*

Esto implica que si la subred cumple con las actividades dentro de una senda de producción pactada *ex ante* y una calidad mínima esperada, recibe el valor total del presupuesto global definido en el pacto inicial para esa actividad. Para que ello sea una realidad matemática, la tarifa es dinámica o variable, lo cual es determinado a partir de un valor de referencia y el grado de cumplimiento en el número de actividades pactadas y la calidad esperada. Este mecanismo permite, entonces, suavizar el riesgo tanto para las subredes como para la EPS.

2. *Disminución de costos de transacción (Simplificación de procesos de autorizaciones, facturación y auditoría)*

Las 4 subredes destinaron en la vigencia 2016 la suma de \$79.782.218.337 para realizar procesos administrativos relativos a la operación del contrato (costos de transacción entre el asegurador y el prestador, en procesos de autorizaciones, facturación y auditoría), suma que podría ser invertida en más y mejores atenciones en salud a la población. La disminución de costos de transacción es una meta fundamental del NMR.

Los sistemas de información de las cuatro subredes ya se encuentran conectados desde la SDS a Capital Salud, por lo que es importante utilizar esta herramienta para simplificar los procesos administrativos (autorizaciones, facturación y auditoría). Lo único pendiente es la orden gerencial para que Capital Salud acceda a la historia clínica y esta regla sea una realidad.

3. *Aumento en la calidad y el impacto en salud*

En este NMR, la calidad determina el pago total, por cuanto su resultado es un factor que condiciona la tarifa; así, para recibir el valor pactado es necesario cumplir los indicadores mínimos de calidad, pues en caso de no hacerlo, la tarifa disminuye proporcionalmente hasta el porcentaje acordado. El NMR mide el cumplimiento de la calidad a través de una batería de indicadores (doce, inicialmente); cada uno de ellos, en una línea de base observada, una meta y un mínimo aceptable.

Por otra parte, el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) busca mayor prevención y menor atención, traducidas en menor carga asistencial y menor gasto en salud en el Distrito Capital, premisa que opera en el NMR al reconocer las actividades de Protección Específica y Detección Temprana por evento, y no por capitación, para estimular su ejecución, lo cual permite que los ahorros que tenga el asegurador en la carga asistencial se traduzcan en el aumento de las tarifas de las actividades PyD en futuros contratos por suscribir entre las partes.

El modelo opera a partir de la facturación que hace cada subred a Capital Salud por las actividades finales efectivamente dadas a la población. El modelo se basa en la estimación de una tarifa individual para cada actividad, para cada subred, en cada periodo. El cálculo de dicha tarifa estará determinado por tres componentes: 1) un valor de referencia; 2) un componente de producción y 3) un componente de calidad. A continuación, se presenta todo el modelo:

Factura total

La factura total que cada subred j cobrará a Capital Salud en el periodo t (F_{jt}), estará definida por la siguiente expresión:

$$F_{jt} = \sum_i^{30} T_{ijt} P_{ijt} \quad (1)$$

Donde:

F_{jt} : Factura total de la subred j en el periodo t

T_{ijt} : Tarifa de la actividad final i para la subred j en el periodo t

P_{ijt} : Producción de la actividad final i en el periodo t por la subred j

Otras formas de escribir la ecuación (1) son:

$$F_{jt} = T_{1jt}P_{1jt} + T_{2jt}P_{2jt} + \dots + T_{30jt}P_{30jt} = \sum_i^{30} T_{ijt} P_{ijt}$$

$$F_{jt} = F_{1jt} + F_{2jt} + \dots + F_{30jt} = \sum_i^{30} F_{ijt}$$

Por otro lado, la tarifa de la actividad final i para la subred j en el periodo t (T_{ijt}) está definida por la siguiente expresión:

$$T_{ijt} = T_i^* (\beta_{jt} + \alpha_{ijt}) \quad (2)$$

Donde:

T_{ijt} : Tarifa de una actividad final i para una subred j , con $i \in \{1,2, \dots, 30\}$ y $j \in \{1,2,3,4\}$

T_i^* : es el *valor de referencia* de una actividad final i .⁸

β_{jt} : es el *componente de calidad* de la tarifa para una subred j . $\beta_j \in [0.9,1.0]$

α_{ijt} : es el *componente de producción* de la tarifa de una actividad final i para una subred j . $\alpha_{ij} \in [0.0, \varphi_{ij}]$, donde, φ_{ij} es el límite superior del componente de producción (más adelante se explica con detalle).

Componentes

Para el funcionamiento del modelo, cada actividad se debe evaluar por separado, pues, como ya se indicó, el modelo determina la tarifa por pagar para cada actividad final i por cada subred j en el periodo t . Para ello, utilizaremos el rango máximo pactado discriminado por cada actividad final i , expresado así⁹:

$$PGP_{jt} = \sum_i^{30} PGP_{ijt} = \sum_i^{30} T_i^* * P_{ijt}^{max}.$$

Esta tarifa (como se muestra en la ecuación (2)) tiene tres componentes: 1) un valor de referencia correspondiente al costo unitario más eficiente seleccionado por tipología, 2) un componente de producción, que llamamos α , y 3) un componente de calidad, llamado β .

⁸ Este valor de referencia fue obtenido como el costo promedio histórico de la actividad final más cercano al valor de eficiencia, realizado por las subredes. Está presentado en el documento *Marco Lógico*.

⁹ Las expresiones PGP_{ijt} y F_{ijt} solo se utilizan para explicar en el mecanismo de cálculo que el valor pactado por cada actividad no excede la producción máxima por el valor de referencia, pero no implican la existencia en el modelo de remuneración PPD-PGPAF de 30 PGP ni 30 facturas.

5. Metodología de cálculo

a. Definición de la población objetivo

Población del Régimen Subsidiado

Esta población se definió según las cifras con que cuenta la Dirección de Aseguramiento para mayo 2016 (corte más reciente); también, según el análisis de tendencia poblacional, de acuerdo con el comportamiento del aseguramiento en el Distrito Capital. Deberá definirse y proyectarse la población para el cuatrienio (2016-2020) del régimen subsidiado y la población pobre no afiliada (PPNA).

Población en movilidad

Esta población se definirá según las cifras con que cuenta la Dirección de Aseguramiento (fuente: DANE, tomando históricos de 2011 a 2015, corte más reciente); y con el análisis de tendencia poblacional, de acuerdo con el comportamiento del aseguramiento en el Distrito Capital. Deberá definirse y proyectarse la población para el cuatrienio (2016-2020) de la población en movilidad.

Poblaciones especiales

Entendiendo como población especial a la población posconflicto (desmovilizados, reinsertados) y rural, se tomará del listado censal suministrado por la nación, así como de información obtenida en Aseguramiento.

Población del Régimen Contributivo

Esta población se definirá según las cifras con que cuenta la Dirección de Aseguramiento (fuente: DANE, tomando históricos de 2011 a 2015, corte más reciente) y con el análisis de tendencia poblacional, de acuerdo con el comportamiento del aseguramiento en el Distrito Capital. Deberá definirse y proyectarse la población para el cuatrienio (2016-2020) del régimen contributivo, análisis que permitirá determinar un porcentaje de la población del Régimen Contributivo que podrá ser atendida en la Red Pública Distrital.

Población PSPIC

Se refiere a la totalidad de la población del Distrito Capital, e incluye a la población flotante (extranjeros de paso e inmigrantes ilegales).

Población PPNA

Hace relación a la población que en la actualidad no está afiliada, pero es objeto de subsidio o se halla en tránsito hacia cualquiera de los dos regímenes, y donde el Distrito Capital funge transitoriamente como asegurador.

b. Identificar el valor UPC (presupuesto del modelo de pago)

Considerando la Resolución 5593 de 2015, por la cual se fija el valor de la UPC para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones, así como el marco legal respectivo, se identificó el valor de la UPC por cada grupo etario tomando en cuenta el valor de UPC específico para el Distrito Capital, el cual está en prueba piloto con un mayor porcentaje.

Teniendo como base la información suministrada por la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) con corte a mayo 2016, se determinó el valor de la UPC que se debe contemplar como techo presupuestal en las modulaciones para aplicar al nuevo modelo de remuneración: pago por red, por actividad final con incentivo de desempeño (PPD-PGPAF), bajo la siguiente metodología (anexo 1: Cálculo de UPC diciembre de 2016):

Se resalta que los techos o montos contractuales en ningún momento pueden exceder el valor de la UPC de prestación de servicios del 92 % del asegurador, donde en una integración vertical pública la idea es aumentar la participación del UPC de las subredes ESE.

Identificar a la población asegurada por régimen, por EPS, por grupo etario y por subred de residencia

Tabla 1. Población asegurada por régimen, por EPS, por grupo etario y por subred de residencia

Régimen	R. Subsidiado	Resolución				
EPS	Capital Salud					
Suma de cantidad	Rótulos de columna					
Rótulos de fila	Centro- oriente	Norte	Null	Sur	Suroccidente	Total general
a. Menor de 1 año	1.891	1.524	643	2.828	2.348	9.234
b. 1-4 años	10.630	8.321	4.580	15.489	14.789	53.809
c. 5-14 años	34.118	24.940	4.745	47.377	44.692	155.872
d. 15-18 años	17.287	13.763	2.311	24.543	23.144	81.048
Hombres	8.863	7.038	1.053	12.468	11.767	41.189
Mujeres	8.424	6.725	1.258	12.075	11.377	39.859
e. 19-44 años	64.465	49.818	8.850	83.284	84.795	291.212
Hombres	28.080	21.550	3.810	35.152	35.864	124.456
Mujeres	36.385	28.268	5.040	48.132	48.931	166.756
f. 45-49 años	12.854	11.193	1.040	16.043	18.404	59.534
g. 50-54 años	15.296	13.091	1.004	17.287	20.043	66.721
h. 55-59 años	13.993	11.613	811	15.621	17.284	59.322

i. 60-64 años	11.504	9.323	595	12.810	13.365	47.597
j. 65-69 años	8.600	6.689	388	9.306	9.764	34.747
k. 70-74 años	6.377	5.224	261	7.085	7.372	26.319
l. 75 años o más	10.656	9.823	491	10.893	12.505	44.368
Total general	207.671	165.322	25.719	262.566	268.505	929.783

Fuente: Base de aseguramiento, Dirección de Aseguramiento de la SDS, con corte a diciembre de 2016.

Distribución de población sin subred asignada con base en el peso porcentual de la distribución por subred por cada grupo etario

Tabla 2. Distribución de población sin subred asignada, con base en el peso porcentual de la distribución por subred por cada grupo etario

Suma de cantidad	Distribución población sin subred					
Etiquetas de fila	Centro- oriente	Norte	Null	Sur	Suroccidente	Total general
a. Menor de 1 año	2.033	1.638		3.040	2.524	9.234
b. 1-4 años	11.619	9.095		16.930	16.165	53.809
c. 5-14 años	35.189	25.723		48.865	46.095	155.872
d. 15-18 años	17.794	14.167		25.263	23.823	81.048
Hombres	9.096	7.223		12.795	12.076	41.189
Mujeres	8.699	6.944		12.469	11.748	39.859
e. 19-44 años	66.486	51.379		85.894	87.453	291.212
Hombres	28.967	22.231		36.262	36.997	124.456
Mujeres	37.519	29.149		49.632	50.456	166.756
f. 45-49 años	13.083	11.392		16.328	18.731	59.534
g. 50-54 años	15.530	13.291		17.551	20.349	66.721
h. 55-59 años	14.187	11.774		15.838	17.524	59.322
i. 60-64 años	11649,6295	9441,02019		12972,1622	13534,188	47597
j. 65-69 años	8697,11575	6764,53573		9411,08827	9874,26025	34747
k. 70-74 años	6440,87278	5276,3242		7155,9642	7445,83882	26319
l. 75 años o más	10775,2446	9932,92303		11014,8967	12644,9356	44368
Total general	213.483	169.874	-	270.263	276.163	929.783

Fuente: Base de aseguramiento modificada, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Asignación de UPC por grupo etario

De acuerdo con la estructura de costos por grupo etario de la UPC del Régimen Subsidiado (UPC-S), para la prueba piloto de la que trata el artículo 19 de la Resolución 5593 del 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 3. Asignación de UPC por grupo etario

RANGO DE EDAD	VALOR UPC
a. Menor de 1 año	\$ 2.049.239
b. 1 - 4 años	\$ 606.085
c. 5 - 14 años	\$ 242.093
d. 15 - 18 años H	\$ 285.073
d. 15 - 18 años M	\$ 472.849
e. 19 - 44 años H	\$ 475.369
e. 19 - 44 años M	\$ 752.440
f. 45 - 49 años	\$ 768.892
g. 50 - 54 años	\$ 961.337
h. 55 - 59 años	\$ 1.166.231
i. 60 - 64 años	\$ 1.442.412
j. 65 - 69 años	\$ 1.787.728
k. 70 - 74 años	\$ 2.180.401
l. 75 años o más	\$ 2.710.307

Fuente: Resolución 5593 de 2015.

Cálculo de UPC por subred (población por grupo etario por UPC)

Tabla 4. Cálculo de UPC por subred

Población por UPC					
Etiquetas de fila	Centro-oriente	Norte	Sur	Suroccidente	Total general
a. Menor de 1 año	\$ 4.165.146.201	\$ 3.356.786.256	\$ 6.228.997.068	\$ 5.171.741.554	\$ 18.922.671.079
b. 1-4 años	\$ 7.042.078.318	\$ 5.512.430.262	\$ 10.261.030.205	\$ 9.797.299.741	\$ 32.612.838.527
c. 5-14 años	\$ 8.519.056.231	\$ 6.227.365.684	\$ 11.829.747.554	\$ 11.159.319.452	\$ 37.735.488.922
d. 15-18 años	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-
Hombres	\$ 2.592.891.238	\$ 2.058.983.249	\$ 3.647.542.363	\$ 3.442.463.184	\$ 11.741.880.035
Mujeres	\$ 4.113.096.130	\$ 3.283.543.622	\$ 5.895.730.742	\$ 5.554.925.768	\$ 18.847.296.263
e. 19-44 años	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-
Hombres	\$ 13.769.908.495	\$ 10.567.718.236	\$ 17.237.885.449	\$ 17.587.036.975	\$ 59.162.549.155
Mujeres	\$ 28.230.755.557	\$ 21.932.856.894	\$ 37.345.134.711	\$ 37.965.070.775	\$ 125.473.817.938
f. 45-49 años	\$ 10.059.054.340	\$ 8.759.218.549	\$ 12.554.645.152	\$ 14.402.274.473	\$ 45.775.192.514
g. 50-54 años	\$ 14.929.259.246	\$ 12.777.126.882	\$ 16.872.522.528	\$ 19.562.443.977	\$ 64.141.352.633
h. 55-59 años	\$ 16.545.260.331	\$ 13.731.159.024	\$ 18.470.200.217	\$ 20.436.523.945	\$ 69.183.143.518
i. 60-64 años	\$ 16.803.565.455	\$ 13.617.840.815	\$ 18.711.202.493	\$ 19.521.875.201	\$ 68.654.483.964

j. 65-69 años	\$ 15.548.073.864	\$ 12.093.147.218	\$ 16.824.462.253	\$ 17.652.487.582	\$ 62.118.170.917
k. 70-74 años	\$ 14.043.686.747	\$ 11.504.503.617	\$ 15.602.872.918	\$ 16.234.915.901	\$ 57.385.979.183
l. 75 años o más	\$ 29.204.218.753	\$ 26.921.268.845	\$ 29.853.749.520	\$ 34.271.654.984	\$ 120.250.892.102
Total general	\$ 185.566.050.908	\$ 152.343.949.154	\$ 221.335.723.173	\$ 232.760.033.514	\$ 792.005.756.749

Fuente: UPC calculada, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Determinación del techo presupuestal del NMR pago por red, por actividad final con incentivo de desempeño (PPD-PGPAF)

Tabla 5. Techo presupuestal del nuevo modelo de remuneración

	%	VALOR
Administración	8 %	\$ 63.360.460.540
Atenciones en salud	92 %	\$ 728.645.296.209
Total general	100 %	\$ 792.005.756.749

Fuente: techo presupuestal, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

c. Determinación de las actividades finales

El proyecto utiliza como unidad de medida de producción las actividades finales, las cuales incorporan toda la producción hospitalaria, e incluye la totalidad de las intervenciones y de los procedimientos del apoyo diagnóstico (laboratorio clínico, imágenes diagnósticas) y terapéutico (terapias) propios del desempeño del hospital.

Las tres actividades finales contempladas por el NMR son: consulta, hospitalización y cirugía. Dentro de cada una de estas se pueden diferenciar tecnologías en salud con costos de producción diferentes (dispersos) que hacen imposible su agrupación, por lo cual se hace necesario discriminarlas en tipologías, como lo muestra la tabla 6 (anexo 2: Tipologías de actividad final).

Adicionalmente, por solicitud de las subredes ESE y con la intención de facilitar la comprensión y la implementación del NMR se crearon cuatro nuevas tipologías; a saber: se desagregó la tipología *consultorio básico según el profesional que realiza la actividad en consultorio básico medicina general, consultorio básico enfermería y consultorio básico psicología*, y se desagregó de las tipologías de egreso *cama especializada los costos de la hospitalización de medicina general*, lo cual dio origen a la tipología *egreso cama básica*, como lo muestra la tabla 6 (anexo 2: Tipologías de actividad final).

Tabla 6. Tipologías de actividades finales

ACTIVIDADES FINALES	CLASIFICACIÓN EN TIPOLOGIAS	
	DADAS POR LA DISPERSION DEL COSTO	ADICIONADAS POR SOLICITUD DE LAS PARTES
CONSULTAS	CONSULTORIO BASICO	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL
		CONSULTORIO BASICO ENFERMERIA
		CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA
	CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRAESPECIALIZADO	
	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	
	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	
	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	
HOSPITALIZACIONES	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	
		EGRESO CAMA BASICA
	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	
	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	
	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	
	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	
	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	
	EGRESO CAMA OBSERVACION URGENCIAS	
	EGRESO CAMA UCI ADULTOS	
	EGRESO CAMA UCI NEONATAL	
	EGRESO CAMA UCI PEDIATRICA	
	EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	
	EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	
	EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	
CIRUGIAS	QUIROFANO BASICO PARTO Y CESAREA	
	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	
	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	
	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	
	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	
	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	
	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	
	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	
	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	

Fuente: tipologías de actividad final, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

d. Determinación del valor de referencia por tipología

El valor de referencia es el costo unitario (Costos totales de producción/Unidades producidas) por tipología más eficiente, encontrado en los 22 hospitales públicos que conforman las cuatro subredes ESE del Distrito Capital, a lo cual denominamos *Mix de eficiencia*, y que se utiliza como costo de producción de referencia al cual todos los hospitales deben confluir en un periodo estimado de 4 años. Este valor de referencia no se puede considerar por sí solo una tarifa: se convierte en tarifa únicamente cuando se conjuga con la fórmula de incentivos con los componentes de eficiencia administrativa (α) y de calidad (β).

Esta nueva forma de pago por desempeño pretende cubrir los costos de operación de los hospitales seleccionadas en el Mix de eficiencia, sin exceder el 92 % de la UPC destinada para la prestación de servicios de salud, por lo cual calcula el valor de referencia en función de los costos reales de los hospitales y utiliza como techo el 92 % de la UPC.

Un insumo esencial en el cálculo de una tarifa en cualquier sistema de producción es el costo unitario de la actividad final producida, resultante del cálculo: Costos totales de producción /Unidades producidas; primero se determinará la producción, y posteriormente, los costos.

Determinación de la producción y el rendimiento por cada actividad final

Para determinar la producción y el rendimiento se utilizaron como fuentes de información el portafolio de servicios de cada unidad de servicios de salud que integra la subred, la información de producción y capacidad instalada del aplicativo CIP de la SDS y el registro especial de prestadores del Ministerio de Salud (REPS), y se aplicó la siguiente metodología:

- 1 Se extrajo toda la información de producción y capacidad instalada del aplicativo CIP de la SDS a una base de datos (anexo 3: Base CIP).
- 2 Se clasificó cada ítem de producción y capacidad instalada (agregando, así, cuatro variables a la base de datos), de acuerdo con la tabla de tipología por actividad final establecida con anterioridad.
- 3 La información de costos y de producción se ha procesado simultáneamente, con el fin de relacionarla más adelante en la metodología, por lo cual, atendiendo a las agrupaciones realizadas en costos, y con la intención de elaborar los cambios equivalentes en producción, se realizaron las siguientes modificaciones:
- 4 Costos afectados: Unidad Hospital Simón Bolívar, Unidad de quemados adultos —cama especializada— y Unidad de quemados pediatría —cama especializada—.

Se excluyó en producción la información que se relaciona en la tabla 7.

Tabla 7. Detalle de producción excluida en la determinación de la producción observada

Norte			Total general
Rótulos de fila	Servicio Nieto	Hospital Simón Bolívar	
Cama UCI adultos	Cuidado intensivo de quemados ¹⁰	242	242
Cama UCI intermedios	Cuidado intermedio de quemados	1.155	1.155
Total general		1.397	1.397

Fuente: Aplicativo Capacidad Instalada y Producción (CIP), SDS.

Los costos de “Unidad de quemados pediatría —cama especializada—” no reflejan producción equivalente en CIP; es probable que se encuentre inmersa en el servicio de pediatría, lo cual afecta la cifra de producción de este servicio para ese hospital.

Costos afectados: Unidad Hospital Occidente de Kennedy, Consulta oncología —consultorio Supraespecializado y Cirugía oncológica— Quirófano Supraespecializado. Unidad El Tunal, Consulta oncología —consultorio Supraespecializado y Cirugía oncológica— Quirófano Supraespecializado.

Se excluyó en producción la información relacionada en la tabla 8.

¹⁰ **Nota:** los costos de “Unidad de quemados adultos —cama especializada—” en CIP únicamente reflejan producción equivalente, como Cuidado Intermedio de Quemados y Cuidado Intensivo de Quemados; así pues, es probable que la hospitalización básica de quemados se encuentre inmersa en otro servicio, lo cual afecta la cifra de producción de hospitalización para ese hospital.

Tabla 8. Detalle de producción excluida en la determinación de la producción observada

		Centro-Oriente		Norte	Sur	Suroccidente	Total general
Rótulos de fila	Servicio Nieto	Hospital La Victoria	Hospital Santa Clara	Hospital Simón Bolívar	Hospital El Tunal	Hospital Occidente de Kennedy	
Consultorio supraespecializado	Oncología clínica ¹¹		25	762	3.773	4.017	8.577
Quirófano supraespecializado	Cirugía oncológica	2		584	377	663	1.626
Total general		2	25	1.346	4.150	4.680	10.203

Fuente: Aplicativo CIP SDS.

- 5 De acuerdo con las dos clasificaciones anteriores, se determinaron la producción observada (tabla 9; anexo tablas; anexo 4: Producción Observada 2015) y la capacidad instalada (anexo 5: Capacidad Instalada) para cada unidad de servicios de salud y cada subred en cada una de las actividades finales.
 - 5.1.1 Se determinó el rendimiento de la consulta en relación con la capacidad instalada en talento humano e infraestructura calculando la capacidad máxima de producción de consulta por cada uno de estos recursos y seleccionando el mínimo entre los dos por cada especialidad (anexo 6: Producción esperada).
 - 5.1.2 Para determinar la capacidad de producción y el rendimiento en relación con el talento humano, se aplicó la tabla de rendimientos utilizada por el SDS en su aplicativo CIP (la cual especifica la cantidad óptima de consultas por hora para cada especialidad médica) a la cantidad de horas de recurso humano reportado por cada unidad de servicios de salud como horas laboradas en consulta por la especialidad.
 - 5.1.3 Para determinar la capacidad de producción y el rendimiento en relación con la infraestructura, se relacionó la cantidad de horas de recurso humano reportado por cada unidad de servicios de salud en consulta contra la cantidad de horas de disponibilidad que se espera que brinde cada consultorio de consulta externa, de urgencias y unidad de odontología.
 - 5.1.4 Se determinó la capacidad de producción en consulta seleccionando la mínima capacidad de producción entre la capacidad por talento humano y la capacidad por infraestructura por cada especialidad. Es importante resaltar que la diferencia en capacidad de producción por talento humano e infraestructura solo aplica para la actividad de consulta en todas sus tipologías, ya que en dicha actividad estas dos capacidades son diferentes, pero no lo son para hospitalización y cirugía: la infraestructura, entendida como camas y quirófanos, respectivamente, es una unidad en conjunto con el recurso humano que lo habilita.

¹¹ **Nota:** la producción reflejada en CIP de "Consulta oncología y Cirugía oncológica" de los hospitales La Victoria, Santa Clara y Simón Bolívar no refleja costos equivalentes. Así pues, seguramente los costos de dichas actividades se encuentran inmersas en otros servicios, lo cual cuestiona las cifras de producción de consulta y cirugía para esos hospitales, en diferente proporción.

- 5.1.5 Se determinó el rendimiento en consulta comparando la producción observada contra la capacidad de producción, así:

$$\text{Rendimiento: } \frac{\text{Producción observada} \times 100}{\text{Capacidad de producción}}$$

Tabla 10. Rendimiento consulta

	Centro-oriente	Norte	Sur	Su occidente	Total general
Enfermería	91 %	96 %	114 %	126 %	109 %
Medicina General	92 %	91 %	91 %	95 %	92 %
Medicina General PyP	102 %	81 %	115 %	107 %	106 %
Psicología (colectivo)	126 %	131 %	415 %		192 %
Psicología (individual)	239 %	106 %	85 %	101 %	102 %

Fuente: Rendimiento Consulta, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

- 5.2 Se determinó el rendimiento de la hospitalización en relación con la capacidad instalada en infraestructura.

El costo unitario decrece a medida que aumenta la producción; sin embargo, para el caso de los hospitales objeto de estudio esta última solo es comparable a través del porcentaje de rendimiento (producción/capacidad de producción), ya que la capacidad instalada (capacidad de producción) es diferente entre todos ellos, por lo cual se hace necesario determinar este porcentaje por cada tipología, por cada hospital y por cada subred.

Para determinar el rendimiento de hospitalización se empleó como capacidad instalada el promedio de camas reportadas por cada unidad de servicios de salud (ya que este varía en relación con la capacidad habilitada e inscrita en el REPS por la dinámica intrínseca de los servicios de hospitalización, donde se inhabilitan y se expanden camas permanentemente); con ello, se identificaron por unidad de servicios de salud y por subred los indicadores de porcentaje ocupacional, giro-cama y promedio-día-estancia en la producción observada.

$$\begin{aligned} \text{Porcentaje ocupacional:} & \quad \frac{\text{Días cama ocupado} \times 100}{\text{Días cama disponible}} \\ \text{Giro cama:} & \quad \frac{\text{Egresos}}{\text{Número de camas}} \\ \text{Promedio días estancia:} & \quad \frac{\text{Días cama ocupado} \times 100}{\text{Egresos}} \end{aligned}$$

Se seleccionó el porcentaje ocupacional como el indicador de rendimiento en hospitalización; si bien este indicador, a diferencia del giro-cama, no es el más exigente en términos de rendimiento, la nueva forma de pago plantea estimular en primera instancia la ocupación óptima de los servicios (90 %) de forma directa, a través del valor de referencia, y estimular el giro-cama adecuado a través de los incentivos.

Tabla 11. Rendimiento hospitalización

	Total CENTRO ORIENTE	Total NORTE	Total SUR	Total SUR OCCIDENTE	Total general
Etiquetas de fila					
RENDIMIENTO					
CAMA BASICA	29%	28%	31%	34%	30%
CAMA ESPECIALIZADA	94%	97%	99%	108%	98%
CAMA OBSERVACIÓN DE URGENCIAS	49%	99%	71%	112%	85%
CAMA UCI ADULTOS	88%	78%	78%	87%	83%
CAMA UCI INTERMEDIOS	75%	78%	69%	86%	75%
CAMA UCI NEONATOS	91%	74%	71%	82%	78%
CAMA UCI PEDIATRICA	95%	89%	84%	52%	84%

Fuente: Rendimiento Hospitalización, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

5.2.1 Se determinó el rendimiento de la cirugía en relación con la capacidad instalada en infraestructura.

5.2.2 Para determinar el rendimiento en relación con la infraestructura, se relacionó la cantidad máxima de horas de salas (descrito en el anexo técnico del manual tarifario por grupo quirúrgico) contra la cantidad de cirugías realizadas por grupo, por especialidad, por unidad de servicios de salud y por subred; se estimó así el tiempo total ocupado de quirófano con la producción observada de esta actividad (tabla 12 anexo tablas).

5.3 Una vez hallado el tiempo total ocupado de quirófano, se determinó el rendimiento comparando este tiempo contra la utilización máxima, que sería de 24 horas-día 365 días año.

$$\text{Rendimiento: } \frac{\text{Tiempo total ocupado de quirófano} \times 100}{8760 \text{ horas año}}$$

Tabla 13. Rendimiento cirugía

RENDIMIENTO	Total CENTRO ORIENTE	Total NORTE	Total SUR	Total SUR OCCIDENTE	Total general
QUIROFANO BASICO	23%	13%	16%	26%	18%
QUIROFANO ESPECIALIZADO grupos 2 al 6	74%	80%	82%	66%	76%
QUIROFANO ESPECIALIZADO grupos 7 al 10	74%	89%	89%	67%	82%
QUIROFANO ESPECIALIZADO grupos 11 al 13	79%	98%	95%	65%	86%
QUIROFANO ESPECIALIZADO grupos 20 al 23	95%	98%	107%	63%	92%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO grupos 2 al 6	89%	77%	108%	63%	83%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO grupos 7 al 10	97%	87%	104%	63%	84%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO grupos 11 al 13	96%	110%	108%	63%	99%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO grupos 20 al 23	102%	105%	107%	63%	93%

Fuente: Rendimiento Cirugía, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PPD-PGPAF).

Determinación de la producción y el rendimiento esperados por cada actividad en función de la capacidad instalada actual de la red, dentro del marco de la nueva forma de pago

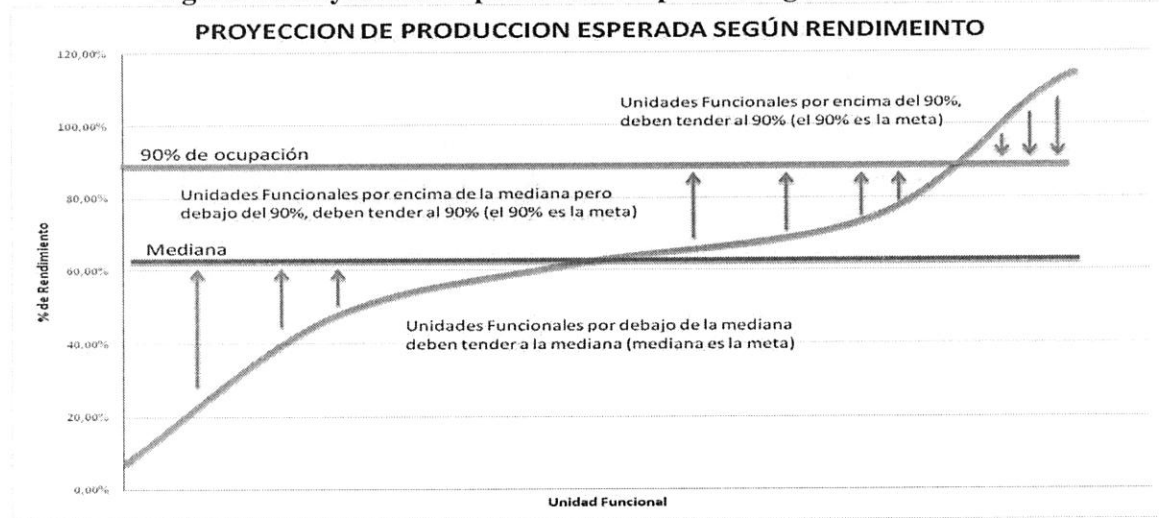
De acuerdo con los objetivos planteados tanto en el modelo de atención en salud como en el NMR de llevar las subredes ESE del Distrito Capital a un aprovechamiento óptimo de su capacidad instalada, las modulaciones realizadas durante el proceso de construcción de tarifa deben contemplar el aumento de la producción resultante de todo el proceso de reestructuración de la oferta. Sin embargo, como las 22 unidades de servicios de salud y las cuatro subredes se encuentran en porcentajes de rendimiento diferentes (por servicio y por especialidad), no es posible seleccionar un porcentaje de rendimiento único ideal. Así pues, es necesario determinar una meta específica para cada unidad de servicios de salud con base en su rendimiento actual y el rendimiento de las demás unidades funcionales que ofertan el mismo servicio.

Al ordenar los rendimientos de todas las unidades de servicios de salud por tipología de actividad final y aplicarles la estadística descriptiva, se identificaron los rendimientos medianos de la RED para cada actividad, así como la desviación estándar y las demás medidas de tendencia central, con lo cual se plantearon las metas de producción bajo tres premisas (anexo 7: Proyección de producción esperada):

- Los rendimientos por debajo del mediano de la RED (entendida como el valor central en el grupo de rendimientos ordenados) deben tender a alcanzar el rendimiento mediano; para ellos, esa es la meta.
- Los rendimientos por encima del 90 % deben tender a disminuir su ocupación hasta el 90 %; para ellos, esa es la meta, ya que ocupaciones por encima de este porcentaje no permiten la expansión como respuesta adecuada a emergencias, y ocupaciones por encima del 100 % atentan contra la calidad en la atención.
- Rendimientos por encima del mediano de la RED, pero por debajo del 90 % de ocupación (para las tipologías en las que la mediana es diferente del 90 %) deben tender a alcanzar el 90 % de ocupación; para ellos, esa es la meta.

Una vez determinado el rendimiento mediano por actividad final en la RED, se identificó cual debería ser el rendimiento (meta) de cada unidad de servicios de salud y subred tomando en cuenta las tres premisas descritas en la figura 1.

Figura 1. Proyección de producción esperada según rendimiento



Fuente: Grupo Forma de Pago.

Con lo anterior se proyectó la producción esperada, mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Producción esperada: } \frac{\text{Producción observada} \times \text{Rendimiento esperado}}{\text{Rendimiento Observado}}$$

Tabla 14. Producción esperada

Etiquetas de fila	Total CENTRO ORIENTE	Total NORTE	Total SUR	Total SUR OCCIDENTE	Total general
CAMA BASICA	3.552	6.147	10.131	7.143	26.972
CAMA ESPECIALIZADA G/O	12.369	12.110	16.112	11.936	52.527
CAMA ESPECIALIZADA M INTERNA	11.733	11.348	12.138	5.839	41.058
CAMA ESPECIALIZADA PEDIATRIA	9.612	8.713	7.349	4.863	30.538
CAMA ESPECIALIZADA QUIRURGICO	7.162	9.361	9.632	6.324	32.479
CAMA ESPECIALIZADA S MENTAL	2.296	2.665	426	451	5.837
CAMA OBSERVACIÓN DE URGENCIAS	30.409	50.227	47.666	31.918	160.219
CAMA UCI ADULTOS	1.859	1.491	1.525	432	5.307
CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTO	2.114	1.808	1.782	1.008	6.712
CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	2.224	1.780	1.317	489	5.810
CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICO	1.144	82	403	292	1.921
CAMA UCI NEONATOS	661	1.323	836	475	3.295
CAMA UCI PEDIATRICA	345	354	536	216	1.452
CONSULTORIO BASICO	1.144.983	995.469	1.475.296	1.523.733	5.139.480
CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRA	542.147	697.449	477.188	463.917	2.180.701
CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	372.864	514.366	666.942	785.203	2.339.375
CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO	38.123	74.397	81.104	129.480	323.105
CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	153.674	189.846	187.617	182.019	713.156
CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	69.287	162.739	115.040	75.860	422.925
QUIROFANO BASICO PARTOS Y CESAREAS	5.189	5.424	7.383	7.470	25.466
QUIROFANO ESPECIALIZADO por grupo 2 6	8.431	9.332	9.982	8.287	36.032
QUIROFANO ESPECIALIZADO por grupo 7 10	14.455	20.566	13.028	7.718	55.768
QUIROFANO ESPECIALIZADO por grupo 11 13	3.096	5.090	2.243	2.104	12.534
QUIROFANO ESPECIALIZADO por grupo 20 23	1.694	2.175	2.167	1.530	7.566
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO por grupo 2 6	969	4.517	1.749	1.270	8.506
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO por grupo 7 10	1.695	5.613	1.457	3.144	11.908
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO por grupo 11 13	1.614	2.331	272	614	4.831
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO por grupo 20 23	348	254	79	215	897

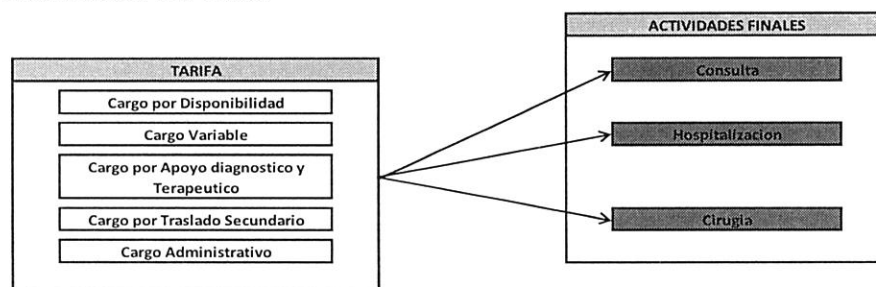
Fuente: Producción Esperada, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Determinación del costo unitario por tipología de actividad final

La definición del NMR PPD-PGPAF para el pago de los servicios ofrecidos por la red prestadora de servicios de salud en el Distrito Capital se diseña con base en el cálculo de cinco cargos: por 1) disponibilidad, 2) variable, 3) apoyo diagnóstico y terapéutico, 4) traslado secundario y 5) administrativo, que hacen parte de la estructura del valor de referencia, y se describen a continuación:

- **Cargo por disponibilidad o cargo fijo:** es el costo relacionado con la existencia de una capacidad instalada lista para operar en las tres actividades finales (consultorios, quirófanos y camas de hospitalización). Entre esta clase de costos se encuentran: nómina de planta, órdenes de prestación de servicios y costos de infraestructura.
- **Cargo variable:** son los costos relacionados con la generación de una actividad final (consulta, cirugía y hospitalización), y se generan cuando el costo se relaciona directamente con la producción, como en el caso de los insumos hospitalarios.
- **Cargo por apoyo diagnóstico y terapéutico:** es el costo relacionado directamente con la generación de actividades intermedias, tales como laboratorio clínico, imagenología o terapias, entre otros, y que son inherentes a la atención integral. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.
- **Cargo por traslado secundario:** hace referencia a los costos de los traslados en ambulancia dentro de la subred y las intersubredes. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.
- **Cargo por administración:** hace referencia a la asignación de los gastos asociados a los centros de costo de estructura (administrativos), donde se incorporan el talento humano, los insumos y los gastos generales necesarios para el desarrollo de las actividades de gestión administrativa. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.

Figura 2. Estructura del costo



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Para estimar los costos discriminados para cada cargo, se tomaron como fuente de información los informes radicados por los 22 hospitales en los 4 trimestres de la vigencia 2015, según lo normado por la Resolución DDC-0002 de 2014 de la Secretaría Distrital de Hacienda (anexo 8: Estimación de costos por tipología).

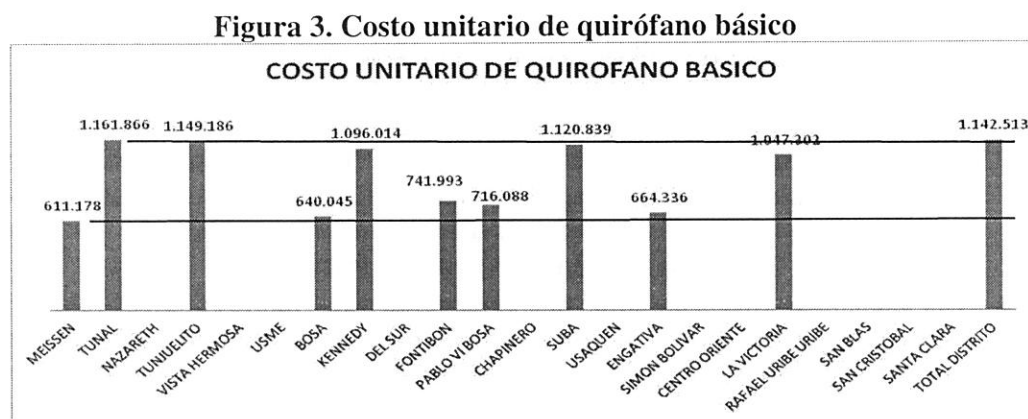
- En primer lugar, se verificó la información consolidada por el generador de reportes denominado “El Cubo”, que es la herramienta oficial de costos de la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud, frente a cada informe trimestral radicado por los hospitales en sus diferentes distribuciones.
- En segundo lugar, se procedió a homologar la codificación de códigos de centros de costos utilizados por la Resolución DDC-0002 de 2014, de acuerdo con las tres actividades finales, según su tipología.
- En tercer lugar, se consolidó la información de costos de la primera y la cuarta distribución de costos, según lo normado por la Resolución DDC-0002 de 2014, y se definió en mesa de trabajo del Nuevo modelo de Pago la clasificación de los 27 recursos acordes con cada uno de los cargos (disponibilidad, variable, apoyo diagnóstico y terapéutico, traslados secundarios de ambulancia y administrativo). Es importante mencionar que los cargos correspondientes a disponibilidad, variable, apoyo diagnóstico y terapéutico, administrativo son producto de los registros de las 22 ESE, y los cargos de traslados secundarios se obtuvieron por estimaciones de algunos hospitales que reportaron el peso porcentual entre el convenio APH y los traslados secundarios de ambulancia; adicionalmente, el criterio de distribución de los traslados secundarios para cada hospital fue la participación del cargo de apoyo diagnóstico y terapéutico por actividad final, según su tipología, que se tenía plenamente identificada en la cuarta distribución de la Resolución DDC-0002 de 2014.
- En cuarto lugar, se consolidaron todos los cargos de los costos por actividad final según tipología, por ESE, nivel, subred y cargos.
- Para determinar el costo unitario, se tomó como punto de partida el costo al 100 % frente a la producción observada de la vigencia 2015 con la discriminación por cada cargo, cuya fuente de información fueron los informes de costos radicados por las 22 ESE en los 4 trimestres de la vigencia 2015, según lo normado por la Resolución DDC-0002 de 2014 de la Secretaría Distrital de Hacienda.
- Del análisis de costos unitarios que evidenciaron los valores atípicos (*outliers*), se obtuvo un primer ejercicio de costo unitario por hospital, por actividad final, según la clasificación de tipología, nivel, y por subred; además, se identificaron varios aspectos por mejorar, entre los cuales figuran los *outliers* (Oncología y Quemados), así como algunos programas especiales (Hemocentro, Citocentro y Ruta de la Salud) que afectaban el análisis de costos, y los cuales fueron retirados de la estructura de costo de los hospitales que tenían dichos servicios. También se identificó que el Hospital de Nazaret de I Nivel de atención, debido a la zona geográfica donde presta sus servicios, es totalmente atípico, y, por lo tanto, los costos unitarios de dicha institución no fueron seleccionados como costos eficientes; sin embargo, para el cálculo de los costos de subred se incluyó información de dicha institución. Otro factor relevante que modificó de manera significativa el cálculo de los costos en la subred Norte fue la producción presentada en los Hospitales de Engativá, Suba y Simón Bolívar, la cual ocasiona que los costos calculados de la subred Norte en la actividad final de Quirófano supraespecializado sean demasiado bajos en comparación con las otras subredes.

Por la situación expuesta, se hace necesario realizar la apertura de las tipologías Quirófanos especializados y supraespecializados por grupo quirúrgico, pues se observó que la concentración de la producción en los Quirófanos Supraespecializados se presentó en nueve hospitales (cinco de III Nivel y cuatro de II Nivel), evidencia de que la producción de los hospitales de II Nivel se concentró en los grupos quirúrgicos del 2 al 6 y del 7 al 10.

Así mismo, la asignación de costos de la actividad final Quirófano supraespecializado por grupo quirúrgico de los cuatro hospitales de II Nivel es asignado según el grupo quirúrgico de los mismos hospitales, pero a la actividad final Quirófano especializado.

Por tal motivo, el equipo de Nuevo Modelo de Pago decide utilizar como criterio de redistribución de dichos costos el valor según manual tarifario por nivel y grupo quirúrgico, multiplicado por la frecuencia de producción de cada grupo quirúrgico, para, posteriormente, de forma ponderada, asignarlo a Quirófano especializado por grupo quirúrgico.

En lo relacionado con la tipología de quirófano básico, el cual hace referencia específica a parto y cesárea, se evidenció con el ejercicio de cálculo de costo unitario que se presentan dos tendencias, una para instituciones de II nivel y otra para instituciones de III Nivel, tal como se puede observar en la figura 3.



Por la situación planteada, se definió el valor de referencia con la sumatoria de los costos totales de instituciones de las dos tendencias observadas en la figura, dividido en la producción de las mismas instituciones. Con la tal decisión, se consigue un valor intermedio en las dos tendencias, buscando mejorar el valor histórico hasta ahora reconocido para los partos y desestimular la frecuencia de cesáreas.

Además, por el análisis realizado a la tipología de consulta básica y consulta especializada, surge la necesidad de crear dos nuevas tipologías, que son: 1) consultorio de urgencias básico y 2) consultorio de urgencias especializado.

Con el fin de regular la relación entre cama básica y especializada, se reclasifican las actividades básicas como actividades intermedias a las actividades especializadas, entendiendo solo estas últimas como unidad de pago en el NMR, de lo cual surgen cinco

tipologías; a saber: 1) Cama especializada de ginecobstetricia, 2) medicina interna, 3) pediatría, 4) quirúrgico y 5) salud mental (anexo 9: Estimación cálculo egreso especializado).

Por lo anterior, se desarrolló la siguiente metodología:

1. Consolidación de los costos de las actividades de cama básica y cama especializada, para definir un nuevo costo total de la tipología “Cama especializada”.
2. En relación con la producción para la tipología “Cama especializada”, se define la producción únicamente de cama especializada; con ello, no se tiene en cuenta la producción de Cama básica, ya que se la considera una actividad intermedia.
3. Se realiza el cálculo del costo unitario para la tipología “Cama especializada” para cada uno de los 22 hospitales.
4. Se define nuevamente tarifa para la tipología “Cama especializada”, bajo el mismo criterio de eficiencia; menor costo y mayor rendimiento, pero por red.

El ejercicio de consolidación de los costos totales por hospital, por tipología y por subred se presentan en las tablas anexas 15-18.

Al obtener el costo total por tipología sobre la producción observada, se obtuvo el costo unitario por tipología, por hospital, como se puede observar en las tablas anexas 19-22.

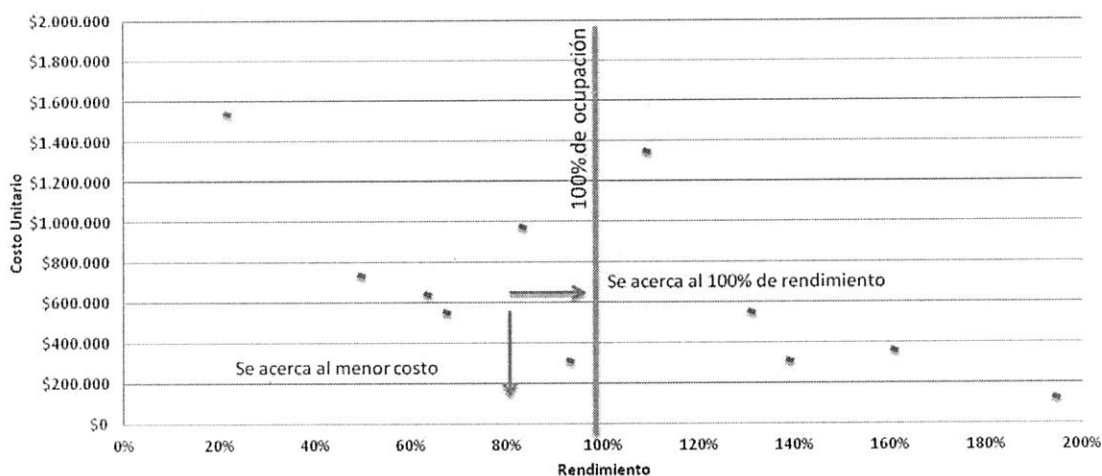
Selección del valor de referencia

Por cada una de las 30 tipologías mediante la utilización de un Mix de eficiencia, se seleccionó el costo unitario más eficiente por cada tipología; por ejemplo, escogiendo como valor de referencia para la tipología consulta básica por medicina general, el costo unitario del Hospital Pablo VI Bosa, porque tuvo el menor costo y la mayor producción del Distrito Capital en dicha actividad final.

Con toda la metodología descrita, los valores de referencia del nuevo modelo de remuneración se calcularon con la información disponible de costos, producción y rendimiento de los 22 hospitales de la red durante 2015, y se identificó con ella el costo más eficiente por cada actividad final y tipología; así:

- Determinando el costo unitario 2015 por cada actividad final y tipología en cada uno de los 22 hospitales de la red.
- Determinando el rendimiento 2015 por cada actividad final y tipología en cada uno de los 22 hospitales de la red.
- Con los resultados obtenidos de estas dos variables, costo unitario frente al porcentaje de utilización de capacidad productiva de cada hospital y de cada tipología, se realizaron análisis para definir por cada tipología en el Distrito, y, según nivel de atención, el menor costo con la mejor utilización de la capacidad productiva sin superar la utilización del 100 % del aparato productivo de los hospitales; todo ello, fundamentado en la búsqueda de la eficiencia, tal como se puede observar en la figura 4.

Figura 4. Estimación de valor de referencia

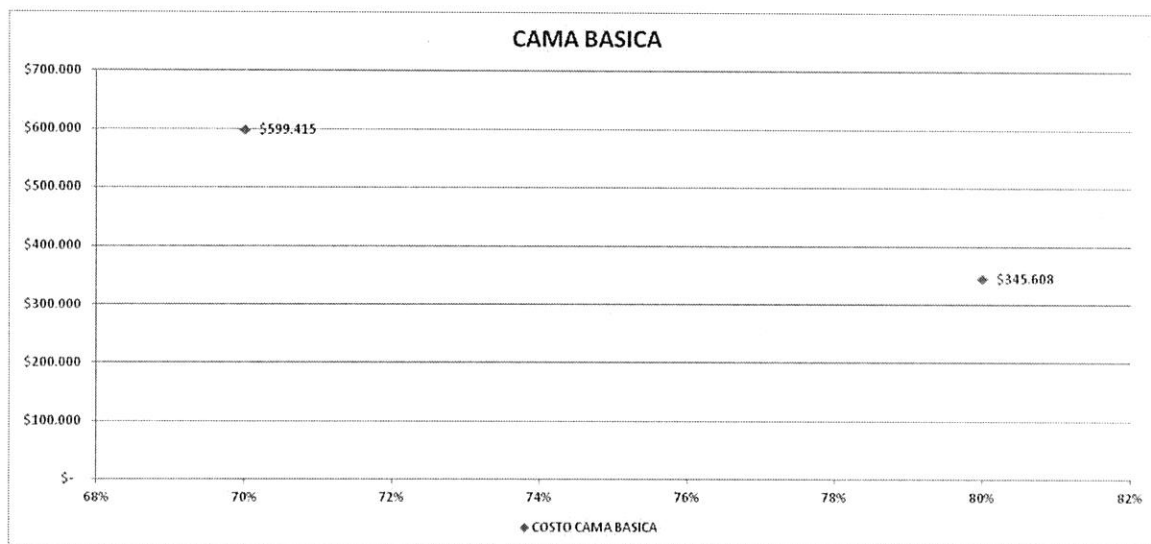


Para el desarrollo de la selección del valor de referencia se utilizaron gráficos de dispersión para cada una de las tipologías de actividades finales; se escogió como tarifa el menor costo en condiciones de mejor utilización de la capacidad productiva.

En los anexos se presentan las gráficas de dispersión de puntos que fueron utilizadas para la selección del valor de referencia según tipología (figuras 5-25).

En la reunión del comité directivo de la red del 16 de mayo de 2017, por consenso, se definió la creación de cuatro nuevas tipologías, que corresponden a: 1) Consulta básica por médico general, 2) Consulta básica por enfermería, 3) Consulta básica por psicología y 4) Cama básica. Mediante la utilización de la misma metodología empleada para el cálculo de las tipologías iniciales del NMR, se calculó el valor estimado (anexo 10 y tablas anexas: Estimación consulta básica por medicina general, enfermería y psicología).

Para la tipología Cama básica, la definición del valor de referencia fue de la siguiente manera (anexo 11: Estimación cálculo egreso básico): una vez cuantificados los costos totales de cama básica por subredes, se solicitó a las cuatro subredes que presentaran la proyección de los egresos estimados para la vigencia 2017 tomando en cuenta la reorganización de los portafolios de servicios, así como el porcentaje de utilización ideal de la estructura productiva. De esa forma, se recibe información de las subredes Centro-oriente y Suroccidente, donde por medio de la misma metodología empleada, se selecciona el valor de referencia de la subred Suroccidente, por tener el menor costo y la mejor utilización de su infraestructura.



Como producto de la aplicación de la metodología descrita, se obtuvieron los valores de referencia de las 30 tipologías, como se muestra en la tabla 27:

Tabla 27. Valor estimado por tipología

VALOR ESTIMADO POR TIPOLOGIA			
TIPO DE PRODUCTO RESOLUTIVO	USS	VLR. ESTIMADO	% UTILIZACION
CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	PABLO VI BOSA	34.602	93,59%
CONSULTORIO BASICO ENFERMERIA		18.344	
CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	CHAPINERO	20.016	107,81%
CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRAESPECIALIZADO	SUBA	69.784	97,59%
CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	SAN BLAS	114.259	62,00%
CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	SIMON BOLIVAR	73.573	92,09%
CONSULTORIO ODONTOLOGICO	USME	29.503	97,19%
CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	MEISSEN	30.226	94,99%
EGRESO CAMA BASICA	SUBRED SUR-OCCIDENTE	345.608	80,00%
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	RED	935.503	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	RED	1.285.037	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	RED	1.195.328	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	RED	1.342.971	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	RED	3.749.678	
EGRESO CAMA OBSERVACION URGENCIAS	ENGATIVA	151.772	92,13%
EGRESO CAMA UCI ADULTOS	SANTA CLARA	8.699.055	95,91%
EGRESO CAMA UCI NEONATAL	LA VICTORIA	7.804.999	91,34%
EGRESO CAMA UCI PEDIATRICA	TUNAL	8.000.934	83,72%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	TUNAL	3.227.642	69,48%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	SUBA	2.146.901	83,60%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	KENNEDY	2.766.955	96,11%
QUIROFANO BASICO PARTO Y CESAREA		965.523	
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	MEISSEN	406.448	81,06%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	MEISSEN	817.437	81,06%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	MEISSEN	1.232.118	81,06%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	MEISSEN	1.494.913	81,06%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	KENNEDY	460.049	63,36%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	KENNEDY	925.238	63,36%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	KENNEDY	1.414.743	63,36%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	KENNEDY	1.966.052	63,36%

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF) (anexo 12: Mix de eficiencia).

e. Cálculo de valor de referencia de Tipologías Agrupadas.

Por solicitud de las subredes ESE se generó la necesidad de reducir las tipologías del actual contrato PGP, de donde se crearon las siguientes nuevas tipologías agrupadas a saber:

- Consultorio Basico Medicina General.
- Consulta Urgencia Basica.
- Quirofano Especializado y Supraespecializado-Grupo del 2 al 6
- Quirofano Especializado y Supraespecializado-Grupo del 7 al 10
- Quirofano Especializado y Supraespecializado-Grupo del 11 al 13
- Quirofano Especializado y Supraespecializado-Grupo del 20 al 23

Determinación de la producción y el rendimiento por cada tipología.

Para la determinación de la producción y el rendimiento se utilizaron como fuentes de información el portafolio de servicios de cada unidad de servicios de salud que integra la subred, la información de producción y capacidad instalada del aplicativo CIP de la SDS y el registro especial de prestadores del Ministerio de Salud (REPS) y se aplicó la siguiente metodología:

- 1 Se extrajo toda la información de producción y capacidad instalada del aplicativo CIP de la SDS a una base de datos (Anexo 3: Base CIP).
- 2 Se clasificó cada ítem de producción y capacidad instalada (agregando, así, cuatro variables a la base de datos) de acuerdo con la tabla de tipología por actividad final establecida con anterioridad.
- 3 La información de costos y de producción se ha procesado simultáneamente con el fin de relacionarla más adelante en la metodología, por lo cual, atendiendo a las agrupaciones realizadas en costos y con la intención de elaborar los cambios equivalentes en producción, se realizaron exclusiones específicas detalladas en el documento de marco lógico.
- 4 Se determinó la producción observada y la capacidad instalada para cada unidad de servicios de salud y cada subred en cada una de las actividades finales.
 - 4.1.1 Se determinó el rendimiento de la consulta en relación con la capacidad instalada en talento humano e infraestructura, calculando la capacidad máxima de producción de consulta por cada uno de estos recursos y seleccionando el mínimo entre los dos por cada especialidad.
 - 4.1.2 Para determinar la capacidad de producción y el rendimiento en relación con el talento humano se aplicó la tabla de rendimientos utilizada por al SDS en su aplicativo CIP (la cual especifica la cantidad óptima de consultas por hora para cada especialidad médica) a la cantidad de horas de recurso humano reportado por cada unidad de servicios de salud como horas laboradas en consulta por la especialidad.

- 4.1.3 Para determinar la capacidad de producción y el rendimiento en relación a la infraestructura se relacionó la cantidad de horas de recurso humano reportado por cada Unidad de servicios de salud en consulta contra la cantidad de horas de disponibilidad se espera que brinde cada consultorio de consulta externa, de urgencias y unidad de odontología.
- 4.1.4 Se determinó la capacidad de producción en consulta seleccionando la mínima capacidad de producción entre la capacidad por talento humano y la capacidad por infraestructura por cada especialidad. Es importante resaltar que la diferencia en capacidad de producción por talento humano e infraestructura solo aplica para la actividad de consulta en todas sus tipologías ya que en esta actividad estas dos capacidades son diferentes, para hospitalización y cirugía no, la infraestructura entendida como camas y quirófanos respectivamente, son una unidad en conjunto con el recurso humano que lo habilita.
- 4.1.5 Se determinó el rendimiento en consulta comparando la producción observada contra la capacidad de producción, así:

$$\text{Rendimiento: } \frac{\text{Producción observada} \times 100}{\text{Capacidad de producción}}$$

- 4.1.6 Se determinó el rendimiento de la cirugía en relación a la capacidad instalada en infraestructura.
- 4.1.7 Para determinar el rendimiento en relación con la infraestructura se relacionó la cantidad máxima de horas de salas descrito en el anexo técnico del manual tarifario por grupo quirúrgico, contra la cantidad de cirugías realizadas por grupo, por especialidad, por unidad de servicios de salud y por subred estimando así el tiempo total ocupado de quirófano con la producción observada de esta actividad (ver Tabla No. 12 anexo tablas).
- 4.1.8 Una vez hallado el tiempo total ocupado de quirófano se determinó el rendimiento comparando este tiempo contra la utilización máxima que sería de 24 horas-día 365 días año.

$$\text{Rendimiento: } \frac{\text{Tiempo total ocupado de quirófano} \times 100}{8.760 \text{ horas año}}$$

Determinación del costo unitario por nuevas tipologías agrupadas

El ejercicio de agrupación y cálculo de costo unitario se trabajó con la información de costos y producción de la vigencia 2015 de cada una de las 22 Empresas Sociales del Estado para ese entonces. El valor de costo total contenía los Cargos por Disponibilidad, variable, Apoyo diagnóstico y terapéutico, Traslado secundario y Administrativo.

Para el cálculo del costo unitario de Consultorio Básico Medicina General se consolidaron los costos de Consulta básica de medicina general, consulta básica de psicología y consulta básica de enfermería, donde posteriormente este costo total fue dividido en la producción

unicamente de la actividad seleccionada como trazadora, que para este caso fue la producción de Consultorio Básico Medicina General.

Estimación similar se realizó para la tipología de Consulta Urgencia Básica, donde se consolidaron los costos de Consultorio Urgencias Básico, Consultorio Urgencias Especializado y Egreso Cama Observación Urgencias, obteniendo el costo total que fue dividido en la producción unicamente de la actividad seleccionada como trazadora que para esta tipología fue la producción de Consultorio Urgencias Básico.

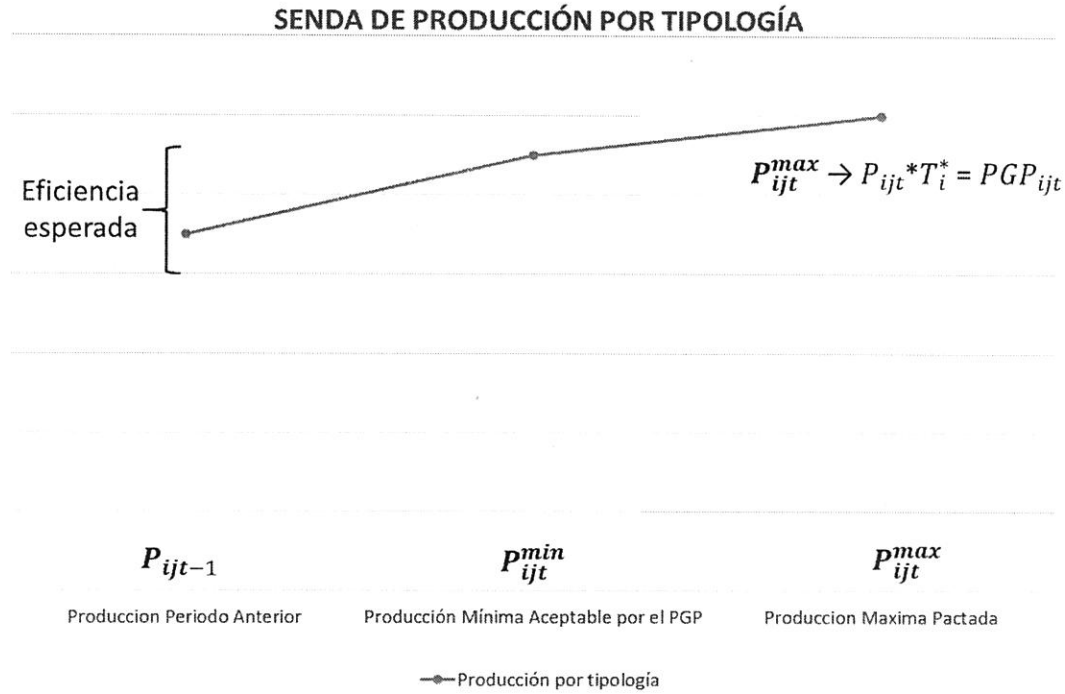
Para la definición del costo unitario de las tipologías de Quirofano Especializado y Supraespecializado-Grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13 y del 20 al 23 se consolidaron los costos de Quirofano Especializado-Grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13, del 20 al 23 y Quirofano Supra Especializado-Grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13 y del 20 al 23, con la obtención del costo total de las tipologías Quirofano Especializado y Supraespecializado según cada grupo quirurgico, estos costos fueron divididos en la sumatoria de la producción de Quirofano Especializado-Grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13, del 20 al 23 y Quirofano Supra Especializado-Grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13 y del 20 al 23.

f. Estímulos alfa y beta (sendas y calidad como funcionan)

Componente de eficiencia (producción) α_{ijt}

Es el valor del componente de producción. Se determina en función de una *senda de producción*, que corresponde al recorrido hacia la eficiencia desde la producción del periodo anterior hacia la producción máxima pactada, donde se define también una producción mínima aceptable por tipología. Dicha senda se pacta de manera prospectiva entre asegurador y prestador, así:

Figura XX. Cálculo de sendas de producción.



El valor del componente de producción —y, por consiguiente, el de la factura (asociado a este componente) — se define en tres casos posibles, descritos a continuación.

Caso 1. Producción dentro del rango esperado o mayor a este (producción mayor que la P_{ijt}^{min})

Si la producción de la actividad final i por cada subred j en el periodo t supera el valor mínimo del rango acordado, entonces la factura será igual al valor asociado a esta actividad final, y acordado en el presupuesto global prospectivo multiplicado por el componente de calidad. Es decir,

$$P_{ijt}^{min} \leq P_{ijt} \rightarrow F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{jt}.$$

Racionalidad: en un escenario ideal, se espera que la subred alcance el rango esperado; o sea, que su producción observada sea mayor que la mínima y menor que la máxima acordada. Si esto ocurre, la subred recibe el monto acordado para esa actividad¹². Si el PGP acordado

¹² Suponiendo que se cumple con el componente de calidad; es decir, $\beta_{jt} = 1$.

para esa actividad es el valor histórico que ha pagado Capital Salud, entonces Capital Salud va a pagar lo mismo por recibir más producción.

Además de lo anterior, si la subred produce por encima de la producción máxima acordada, igualmente recibirá el valor del PGP para esa actividad; y como $PGP_{ijt} = T_i^* * P_{ijt}^{max}$, entonces, por cada unidad adicional que produzca la subred por encima del máximo, la tarifa será más baja que el valor de referencia. Por lo tanto, no existirá incentivo para que se produzca por encima de este valor¹³.

Caso 2. Producción inferior a la producción en el periodo anterior (producción menor que en el periodo $t - 1$)

Si la producción de la actividad final i por cada subred j en el periodo t es menor que la producción de esa actividad final en el periodo anterior de referencia, entonces, el valor de la tarifa será igual al valor de referencia por el componente de calidad.

$$P_{ijt} < P_{ijt-1} \rightarrow \alpha_{ijt} = 0.$$

Lo anterior implica que:

$$T_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} \rightarrow F_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} * P_{ijt}.$$

Racionalidad: si la producción de la subred está por debajo de la producción observada en el periodo anterior, quiere decir que la subred empeoró en su producción respecto al periodo de observación anterior. Al utilizar el valor de referencia como tarifa (suponiendo que se cumple calidad), la subred no alcanzaría a asumir los costos de producción. No existiría un incentivo, al estar por debajo de este valor.

Caso 3. Producción mayor que la del periodo anterior y menor que el rango esperado (producción mayor o igual que la producción en el periodo $t - 1$ y menor o igual que la mínima acordada).

¹³ **Nota:** Es importante hacer énfasis en que las sendas (rango entre producción mínima y máxima esperada) deben ser estimadas de la forma más precisa posible. Estas sendas son el resultado de un acuerdo entre Capital Salud y las Subredes, donde la primera expone las necesidades totales de su población asegurada (demanda) y las segundas presentan su capacidad máxima (oferta). Para ello, es muy importante clarificar y utilizar como referencia la producción del periodo anterior. Se espera que el mecanismo propenda por que las subredes vayan adaptando su oferta a las necesidades de la población de Capital Salud, de tal forma que en el futuro las subredes atiendan toda la demanda de la población de Capital Salud, sin un detrimento en la calidad de la atención y sin exceder el 92 % de la UPC.

En este caso, si la producción de la actividad final i por cada subred j en el periodo t supera el valor del periodo anterior, pero no alcanza a llegar al rango, entonces la tarifa aumentará proporcionalmente al grado de avance respecto a estos puntos de referencia, sin que supere el PGP de la actividad. La siguiente expresión define esto:

$$P_{ijt-1} \leq P_{ijt} \leq P_{ijt}^{min} \rightarrow \alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{ijt}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

Como se dijo previamente, φ_{ij} es el valor máximo del componente de producción de la tarifa. Este valor máximo debe ajustar el valor máximo del PGP para la actividad. Por lo tanto,

$$\varphi_{ij} = \frac{P_{ijt}^{max}}{P_{ijt}^{min}} - 1.$$

El valor de φ_{ij} siempre será mayor que cero, debido a que $P_{ijt}^{min} < P_{ijt}^{max}$. Y para garantizar que $\varphi_{ij} < 1$, debemos asegurar que: $0.5P_{ijt}^{max} < P_{ijt}^{min} < P_{ijt}^{max}$. El anexo 1 muestra de dónde se obtiene φ_{ij} .

Racionalidad: si la subred avanza en relación con el periodo anterior, pero no alcanza el rango esperado, la tarifa aumentará de manera proporcional al avance, sin que exceda el PGP.

Componente de calidad: β_j

El desempeño clínico estará representado por indicadores clínicos de calidad en la atención. Estos indicadores deberán ser concertados entre las dos partes: subredes y EPS Capital Salud. Como se mencionó, se espera que las subredes cumplan con un *mínimo* de estándares de calidad. Esto justifica que las subredes puedan ser castigadas hasta en el 10 % en la tarifa¹⁴ si no se cumplen con los estándares mínimos de calidad. Como se observa en el subíndice de β_j , dicho factor se calculará para toda la subred j y afectará todas las actividades finales i por igual. La siguiente expresión representa a β_j :

$$\beta_j = 0.9 + 0.1[\min\{I_{1j}, I_{2j}, \dots, I_{Kj}\}]$$

Donde K representa el número de indicadores que deberán ser concertados entre las dos partes. Se sugiere que K no sea muy grande: esto da simplicidad y fácil comprensión al mecanismo.

¹⁴ **Nota:** considerando que no se ha pactado entre las partes la forma de medición del β_j , y que a la fecha se va a terminar el III trimestre de ejecución del modelo, se sugiere que para facturar esos tres trimestres transcurridos, el β_j sea igual a 1 y se calcule a partir del IV trimestre.

Por otra parte, la definición de cada indicador I_{kj} , sus características, su forma de medición y las fuentes de información para su cálculo deben ser definidas y explícitas. Cada una de ellas debe ser definida siguiendo las recomendaciones internacionales o nacionales al respecto y con la participación y la conformidad de las partes. Adicionalmente, $I_{kj} \in [0,1]$; es decir, cada indicador debe representar una proporción de cumplimiento del indicador k .

Condiciones para implementar el NMR

Existen unas condiciones para implementar el NMR. Cada una de estas es muy importante para el modelo, y, por lo tanto, deben ser definidas con mucha precaución. Estas condiciones son las siguientes:

1. Se define un rango *acordado* (senda) entre las subredes y Capital Salud, con una producción mínima (P_{ijt}^{min}) y máxima (P_{ijt}^{max}), para cada actividad final i para la subred j en el periodo t . Se debe cumplir que:

$$P_{ijt-1} \ll P_{ijt}^{min} < P_{ijt}^{max}$$

Donde P_{ijt-1} es la producción de la actividad final i para la subred j en el periodo anterior¹⁵ $t - 1$.

Es decir, se espera que la diferencia entre P_{ijt}^{min} y P_{ijt-1} sea lo suficientemente amplia para que existan incentivos a aumentar la producción. Adicionalmente, se espera que la diferencia entre P_{ijt}^{max} y P_{ijt}^{min} no sea tan amplia.

Estos dos valores deben ser *acordados* entre las subredes y Capital Salud. Y, a su vez, P_{ijt}^{min} debe corresponder a la *mínima producción aceptable* que se espera obtener de la actividad final i , para entregar todo el *presupuesto global prospectivo* (PGP) y P_{ijt}^{max} debe corresponder a la *máxima producción* que se puede obtener de la actividad final i al valor de referencia T_i^* con el PGP.

2. Se debe definir un PGP para cada subred j y para cada periodo t (PGP_{jt}), que será acordado *ex ante* entre Capital Salud y cada una de las subredes. Este PGP_{jt} estará relacionado con los valores históricos pagados, con la proporción de UPC disponible y con las actividades finales esperadas¹⁶.

¹⁵ Es importante calificar la producción del periodo anterior, ya que este es el punto de partida para determinar la eficiencia, y con ella, los estímulos.

¹⁶ Se sugiere que el PGP_{jt} sea el valor histórico pagado por Capital Salud a cada una de las subredes. Lo que el modelo pretende es que este valor no se modifique dramáticamente, pero que las subredes aumenten la producción, de acuerdo con las necesidades de la población de Capital y con una calidad mínima aceptable.

3. Como P_{ijt}^{max} corresponde a la máxima *producción* que se puede obtener de la actividad final i al valor de referencia T_i^* con el PGP, el PGP del contrato debe estar condicionado por:

$$PGP_{jt} = \sum_i^{30} T_i^* * P_{ijt}^{max}$$

Nota: esto significa que el valor facturado para cada actividad final i por cada subred j en el periodo t será, máximo, el producto del valor de referencia por la producción máxima esperada P_{ijt}^{max} . Ello implica directamente que el valor facturado total nunca excederá el presupuesto global prospectivo. En caso de que la producción del periodo exceda la máxima, las partes deben analizar si es necesario acordar más producción aumentando el presupuesto PGP pagado a valor de referencia.

Ejemplo¹⁷:

La Sub Red j vendió a Capital Salud en el periodo anterior ($t - 1$) un total de 90 actividades de la tipología i por un valor total de \$1000 y conociendo que según el NMR la Tarifa eficiente de la actividad i (T_i^*) es: \$8, la Sub Red j pactó para este periodo un valor total de \$1000 por una producción de actividades i entre 100 y 125.

Donde:

$$P_{ij}^{min} = 100$$

$$P_{ij}^{max} = 125$$

$$P_{ijt-1} = 90$$

$$T_i^* = \$8$$

$$PGP_{ijt} = \$1000$$

F_{ijt} : Valor de la Factura total de la subred j en el período t correspondiente a la actividad final i

¹⁷ Para analizar por separado el comportamiento de la eficiencia administrativa o el componente de producción (α_{ij}) asumiremos la calidad β_j como 1, para que no tenga efecto matemático.

Analicemos los tres posibles casos:

Caso 1: Producción dentro del rango esperado o mayor a este (producción mayor que la P_{ijt}^{min})

$$P_{ijt} = 113 \quad \rightarrow \quad P_{ijt}^{min} \leq P_{ijt} \quad \rightarrow \quad F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} = \$ 1.000 * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} = \$ 1.000 * 1$$

$$F_{ijt} = \$1.000$$

Caso 2. Producción inferior a la producción en el período anterior (producción menor que en el período $t - 1$)

$$P_{ijt} = 89 \quad \rightarrow \quad P_{ijt} < P_{ijt-1} \quad \rightarrow \quad \alpha_{ijt} = 0$$

Lo que implica que

$$T_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} \quad \rightarrow \quad F_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} * P_{ijt}$$

$$F_{ijt} = 8 * 1 * 89$$

$$F_{ijt} = 712$$

Caso 3. Producción mayor al período anterior y menor al rango esperado (producción mayor o igual que la producción en el período $t - 1$ y menor o igual que la mínima acordada).

$$P_{ijt} = 95 \quad \rightarrow \quad P_{ijt-1} \leq P_{ijt} \leq P_{ijt}^{min} \quad \rightarrow \quad \alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{ijt}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

Hallamos φ_{ij}

$$\varphi_{ij} = \frac{P_{ijt}^{max}}{P_{ijt}^{min}} - 1$$

$$\varphi_{ij} = \frac{125}{100} - 1$$

$$\varphi_{ij} = 1.25 - 1$$

$$\varphi_{ij} = 0.25$$

Hallamos α_{ijt}

$$\alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{ijt}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = \frac{95 - 90}{100 - 90} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = \frac{5}{10} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * \varphi_{ij}$$

Remplazamos φ_{ij}

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * 0.25$$

$$\alpha_{ijt} = 0.125$$

Remplazamos α_{ijt}

$$T_{ijt} = T_i^* (\beta_{jt} + \alpha_{ijt})$$

$$T_{ijt} = 8 * (1 + 0.125)$$

$$T_{ijt} = 8 * (1.125)$$

$$T_{ijt} = \$9$$

Hallamos F_{ijt}

$$F_{ijt} = T_{ijt} P_{ijt}$$

$$F_{ijt} = 9 * 95$$

$$F_{ijt} = \$855$$

Como operarían los indicadores (opción 1):

- Se pacta un porcentaje del monto del PGP condicionado al cumplimiento de los indicadores de calidad (% de techo pactado en calidad).
- Dicho valor, se reconocerá **proporcionalmente al número** de indicadores cumplidos.

- La fórmula sería:

$$\text{Beta} = (1 - (\% \text{ de techo pactado})_{\text{en calidad}}) + ((\% \text{ de techo pactado})_{\text{en calidad}} * \frac{(\# \text{ de indicadores cumplidos})}{\# \text{ de indicadores pactados}})$$

Ejemplo Subred sur:

Valor techo pactado: \$ 11.228.818.643 (100%)

% de techo pactado en calidad: 5% del techo del PGP (\$ 561.440.932)

Cumplimiento hipotético:

Indicadores Pactados	Cumplió	No cumplió
I1	X	
I2		X
I3	X	
I4	X	
I5	X	
I6	X	
I7	X	
I8	X	
I9		X
I10	X	
Total	8	2

Total indicadores pactados: 10

Total indicadores incumplidos: 2

$$\text{Beta} = (1 - (\% \text{ de techo pactado})_{\text{en calidad}}) + ((\% \text{ de techo pactado})_{\text{en calidad}} * \frac{(\# \text{ de indicadores cumplidos})}{\# \text{ de indicadores pactados}})$$

$$\text{Beta} = (1 - (5\% \text{ de techo pactado})_{\text{en calidad}}) + ((5\% \text{ de techo pactado})_{\text{en calidad}} * \frac{(8 \text{ de indicadores cumplidos})}{10 \text{ de indicadores pactados}})$$

$$\text{Beta} = (1 - (5\%)) + (5\% * (8 / 10))$$

$$\text{Beta} = (1 - (0.05)) + (0.05 * (0.8))$$

$$\text{Beta} = (0.95) + (0.04)$$

Beta = 0.99

Si Beta es igual a 0.99 (99%) el descuento por calidad corresponde a 0.01 (1%) del valor del techo por calidad.

Descuento por calidad versión NUEVA: 0.01 (1%) (\$ 112.288.186)

Como operarían los indicadores versión NMR (Opcion 2):

- Se pacta un porcentaje del monto del PGP condicionado al cumplimiento de los indicadores de calidad (% de techo pactado en calidad).
- Dicho valor, se reconocerá **proporcionalmente según el mínimo cumplimiento** de los indicadores pactados.
- La fórmula sería:

$$\text{Beta} = (1 - (\% \text{ de techo pactado})) + ((\% \text{ de techo pactado} * (\text{Mínimo Cumplimiento}))$$

en calidad en calidad

Ejemplo Subred sur:

Valor techo pactado: \$ 11.228.818.643 (100%)

% de techo pactado en calidad: 5% del techo del PGP (\$ 561.440.932)

Cumplimiento hipotético:

Indicadores pactados	% CUMPLIMIENTO
l1	100%
l2	50%
l3	100%
l4	100%
l5	100%
l6	100%
l7	100%
l8	100%
l9	40%
l10	100%
Mínimo Cumplimiento	40%

Total indicadores pactados: 10

Total indicadores incumplidos: 2 Mínimo Cumplimiento: 40 %

$$\text{Beta} = (1 - (\% \text{ de techo pactado})_{\text{en calidad}}) + ((\% \text{ de techo pactado})_{\text{en calidad}} * (\text{Mínimo Cumplimiento}))$$

$$\text{Beta} = (1 - (5\% \text{ de techo pactado})) + ((5\% \text{ de techo pactado} * (40 \%) \text{ en calidad})$$

$$\text{Beta} = (1 - (5\%)) + (5\% * (40\%))$$

$$\text{Beta} = (1 - (0.05)) + (0.05 * (0.4))$$

$$\text{Beta} = (0.95) + (0.02)$$

Beta = 0.97

Si Beta es igual a 0.97 (97%) el descuento por calidad corresponde a 0.03 (3%) del valor del techo por calidad.

Descuento por calidad versión NMR: 0.03 (3%) (\$ 336.864.559)

6. Protección específica y detección temprana PyD

Las actividades de PyD tienen un papel preponderante en el NMR, ya que se incentiva la ejecución de estas actividades, al ser reconocidas con la modalidad de pago por evento a una tarifa de SOAT vigente menos el 45 %, equivalente a una participación del 3,89 % de la UPC. Tan solo con el cambio de forma de reconocer estas actividades, se logra un crecimiento en la participación de 1,42 puntos porcentuales en la UPC frente a cuando la modalidad de pago era por capitación.

Al reconocer las actividades de PyD por evento, se incentiva la demanda inducida del prestador, y así se logra impactar de manera positiva la salud de los ciudadanos del Distrito Capital, y, por ende, disminuir los costos en la carga asistencial hospitalaria y generar ahorro, que será utilizado al final del contrato para incrementar las tarifas de PyD.

Las actividades de PyD tienen un papel preponderante en el nuevo modelo de atención y, por ende, en el nuevo modelo de remuneración; sin embargo, ya que en las fuentes de información de costos y producción utilizadas para el cálculo de las tarifas de las actividades de consulta, cirugía y hospitalización no fue posible discriminar los costos y la producción de las actividades de PyD, fue necesario determinarlos por una metodología diferente.

Según lo acordado, en el ya citado comité se reconocerán las actividades de PyD por evento a tarifa manual tarifario SOAT menos el 45 % (tabla de negociación literal D del anexo 1 de la minuta del contrato de prestación de servicios de EPS-S Capital Salud y las Subredes).

Adicionalmente, se definió que las RIAS priorizadas por el Distrito hacen parte integral de la minuta del contrato de prestación de servicios de salud, para así reconocer las actividades contempladas en la Resolución 412 y las normas que la modifiquen o la sustituyan.

a. Determinación de tarifas

Se calculó el valor total de las actividades de PyD que requiere la población asegurada por Capital Salud en un año (según las frecuencias de uso de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Protección Social y la población de Capital Salud discriminada por evento a

tarifa manual tarifario SOAT vigente menos el 45 %). El valor total de las actividades PyD para la población de Capital Salud se concertó en el 4 % de la UPC (anexo 14: Metodología para la determinación de tarifas PyD; y anexo 15: Tarifas y metas PyD concertadas), el cual representa la totalidad de las actividades contempladas en la norma; cada una, en el porcentaje de cumplimiento pactado entre asegurador y prestador. Este 4 % se alcanzará gradualmente desde la línea base actual reconociendo dichas actividades en la modalidad de evento.

Figura 27. Proceso de cálculo de tarifas PyD



Fuente: Grupo técnico (PPD-PGPAF).

b. Incentivos en PyD

El nuevo modelo de remuneración busca incentivar prioritariamente las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto individuales (POS) como colectivas (PIC); así pues, propendiendo por un incremento en las coberturas de las actividades PyD, el modelo de remuneración propone reconocer una mayor tarifa por estas actividades en la medida en que cada subred consigue aumentar su cobertura de actividades PyD; y en la medida en que opere el nuevo MIAS, la parte hospitalaria o clínica (carga asistencial) debe ir disminuyendo y liberando recursos de la UPC para seguir incentivando la promoción y la prevención.

Conforme al cumplimiento de metas de cobertura de las actividades de PyD, se incrementará el porcentaje total de UPC reconocido a la subred por las actividades ejecutadas aumentando proporcionalmente las tarifas. De la misma forma, en caso de no lograr el cumplimiento de metas de cobertura, se reducirá el valor de la tarifa reconocida en la misma proporción.

7. Operación

a. ¿Cómo se autoriza?

El NMR contempla cuatro modalidades para desarrollar el proceso de autorizaciones en la prestación del servicio, las cuales aplican según la tipología y son las siguientes:

- **Masivas:** este tipo de autorización hace referencia a que la institución prestadora de los servicios de salud (IPS) obtiene simultáneamente amplios conjuntos de autorizaciones solicitándolas a través del envío periódico de bases de datos con los servicios que se van a autorizar (por prestar o ya prestados) a la EPS mediante correo electrónico en el formato establecido.
- **Página web:** este tipo de autorización hace referencia a que la IPS obtiene cada autorización solicitándola a través la página *web* de Capital Salud EPS.
- **Puntos de Atención al Usuario de Capital Salud (PAU):** este tipo de autorización hace referencia a que el usuario o la IPS obtienen cada autorización solicitándolas presencialmente en los PAU de Capital Salud.

b. ¿Cómo se factura?

El proceso de facturación del nuevo modelo está normado por el marco legal colombiano y según acuerdo de voluntades firmado entre las partes.

La facturación con el valor del techo mensual se presentará, el quinto día hábil del siguiente mes de prestada las atenciones médicas; ello, con el fin de tramitar el giro directo por parte de la EPS.

- a. Factura con el valor del techo mensual establecido en el contrato. Se radicará en físico, debidamente firmado por el gerente de la subred.
- b. La presentación de los formatos soporte de la facturación mensual se hará, a más tardar, el día 20 (día calendario) del mes siguiente a la prestación del servicio, con son los formatos 2, 3 y 4 y los RIPS, como se relaciona a continuación:
 - El Formato No. 2 presenta el consolidado total de las tipologías realizadas y el valor total facturado (radicación ante la EPS en medio físico firmado por el referente financiero de la subred).
 - El Formato No. 3 detalla las tipologías por cobrar, con el número de autorización generado por la EPS (radicación ante la EPS en medio magnético).
 - El Formato No. 4 detalla las actividades finales y las actividades intermedias prestadas durante el periodo facturado (radicación ante la EPS en medio magnético).
 - Los RIPS contienen la información de las atenciones realizadas a lo largo del periodo facturado, lo cual será validado en el aplicativo de la SDS y se realizará a través de la página *web*, donde las subredes disponen los RIPS el día 8 calendario de cada mes. La EPS valida y, a través de esta misma página, publica

las inconsistencias, a más tardar, el día 12, para poder corregir y llevar control de los RIPS.

- c. Por la atención de pacientes para las tipologías (consultorio básico general, consultorio especializado, consultorio de urgencias básico, consultorio de urgencias especializado), se generarán las facturas por paciente, pero no se radicarán a la EPS: estas permanecerán en los sistemas de información de cada subred y harán parte integral de la factura mensual, donde se consolidan todas las tipologías por medio del Formato 2 y el detallado de actividades (Formato 3).
- d. Por la atención de pacientes para las tipologías (observación de urgencias, egresos, quirófanos), se generarán las facturas por cada paciente, las cuales se radicarán a la EPS con los soportes acordados por cada tipología y permanecerán en los sistemas de información de cada subred; estas harán parte integral de la factura mensual, donde se consolidan todas las tipologías por medio del Formato 2 y el detallado de actividades (Formato 3).

c. ¿Cómo se audita?

El NMR presupone dos tipos de auditoría de cuentas: 1) una *ex ante*, o concurrente, la cual verifica en campo la ejecución de las actividades en salud y su pertinencia (por ejemplo, la auditoría concurrente por acceso remoto o acceso a la historia clínica en la nube por parte de los auditores de Capital Salud *intra* proceso hospitalario); y 2) una *ex post*, que se encarga de la revisión de: bases de datos (RIPS, anexos soportes de la factura), historia clínica de pacientes específicos sistematizada en la nube con acceso remoto desde cualquier punto, cumplimiento de la senda de producción y, por último, el cumplimiento de los indicadores de impacto (carga asistencial o indicadores de gestión clínica).

d. ¿Cómo se realiza el giro?

Con el fin de reducir los tiempos de giro y garantizar flujo de caja a los prestadores, el NMR define que el asegurador debe realizar giro directo de manera mensual sobre el valor del techo del contrato dividido en el número de meses contratados y radicado por parte del prestador al asegurador, que, inicialmente, para el primer trimestre de operación es del 80 %; el 20 % restante se reconocerá una vez la subred ESE presente la segunda factura con las tipologías, el valor de referencia y la fórmula de desempeño (el cumplimiento de sendas e indicadores de impacto) de operación, que define el porcentaje de giro del mes siguiente. En caso de que la facturación luego del cálculo de la producción, las sendas y los indicadores no alcance el 80 % girado, se descontará en el pago siguiente.

La distribución porcentual de los giros, ya descrita (80-20), es la distribución calculada inicial para el primer trimestre de ejecución del contrato; luego de este, la distribución se irá modificando de acuerdo con el comportamiento de la glosa definitiva.

e. Cómo se mide el Beta (indicadores, líneas base, líneas meta, ficha técnica)

(Opción 1):

- Se pacta un porcentaje del monto del PGP condicionado al cumplimiento de los indicadores de calidad (% de techo pactado en calidad).
- Dicho valor, se reconocerá **proporcionalmente al número** de indicadores cumplidos.
- La fórmula sería:

$$\text{Beta} = (1 - (\% \text{ de techo pactado en calidad})) + ((\% \text{ de techo pactado en calidad}) * \frac{(\# \text{ de indicadores cumplidos})}{\# \text{ de indicadores pactados}})$$

(Opción 2):

- Se pacta un porcentaje del monto del PGP condicionado al cumplimiento de los indicadores de calidad (% de techo pactado en calidad).
- Dicho valor, se reconocerá **proporcionalmente según el mínimo cumplimiento** de los indicadores pactados.
- La fórmula sería:

$$\text{Beta} = (1 - (\% \text{ de techo pactado en calidad})) + ((\% \text{ de techo pactado en calidad}) * (\text{Mínimo Cumplimiento}))$$

f. ¿Cómo se mide la carga asistencial?

Al comparar periodo tras periodo el total de la facturación (gasto médico) de las actividades finales netamente asistenciales o curativas con el valor de las actividades preventivas (protección específica y detección temprana), valores entendidos como porcentaje de participación de la UPC (Sobre población y grupos etarios).

Se puede medir, igualmente, por carga de la enfermedad, a través de la medición de años de vida saludables perdidos (AVISA), que miden morbilidad (discapacidad e incapacidad) y mortalidad. Esta metodología es más dispendiosa de medir, pero se puede gestionar con la asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social.

g. ¿Cómo se reajustan las tarifas de PyD?

El NMR contempla que en la medida en que la carga asistencial disminuya y su costo medico genere ahorro, este se destinará a incrementar en la misma proporción el valor para pagar por las actividades de protección específica y detección temprana.

8. Ventajas y desventajas

a. Ventajas

Ventajas para el usuario

- Reduce las autorizaciones y sus costos de desplazamiento.
- Aumenta la oportunidad en la atención.
- Aumenta la calidad y la integralidad de la atención.
- Mejora el impacto en la salud promoviendo la gestión del riesgo y la cobertura en las actividades PyD y PIC.
- Premia el aumento de las coberturas de usuarios con esquema terminado en actividades de promoción y detección y PIC garantizando la operación del modelo de atención integral en salud.

Ventajas para el prestador

- Lleva a las cuatro subredes a una utilización racional de su capacidad instalada (mano de obra, tecnología e infraestructura).
- Reduce las autorizaciones en el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Fortalece la relación EPS-IPS-Dirección Territorial de Salud (DTS).
- Optimiza los tiempos de atención.
- Simplifica y reduce los tiempos de facturación y de glosa.
- Reduce los costos.
- Aumenta la producción.
- Promueve la eficiencia administrativa, por los incentivos de desempeño.
- Mejora la gestión clínica, por incentivos de desempeño.

- Mejora el posicionamiento en el mercado para ser más competitivo y atraer nuevos pagadores (regímenes contributivo y especial).
- Mejora la liquidez de las ESE-subredes.
- Incentiva la autosostenibilidad financiera de las ESE.

Ventajas para el asegurador

- Fortalece la relación EPS-IPS-DTS.
- Reduce el proceso de autorizaciones en el POS.
- Simplifica y reduce los tiempos de facturación y de glosa.
- Reduce los costos de administración y clínicos.
- Promueve la eficiencia administrativa, por los incentivos de desempeño.
- Mejora el posicionamiento en el mercado para ser más competitivo.
- Incentiva la autosostenibilidad financiera de la EPS.
- Premia el aumento de las coberturas de usuarios con esquema terminado en actividades de promoción y detección y PIC garantizando la operación del modelo de atención integral en salud.

b. Desventajas

- Se presenta mayor riesgo, o mayor nivel, de exigencia para el prestador de servicios, en términos de pertinencia y de control de costos.
- Tiene implícito un nivel de incertidumbre en los datos, tanto de costos como de producción, los cuales presentan ineficiencias o subregistros.

- Genera incertidumbre, lo cual conlleva resistencia al cambio por parte de los actores involucrados.
- Produce un efecto “J” de empeoramiento inicial, característico de la respuesta normal al cambio.

9. Plan de monitoreo, evaluación y seguimiento

a. Socialización

Difundir, de manera masiva, rápida, expedita y lo más entendible posible, el nuevo modelo al 100 % del recurso humano de las 4 subredes ESE, Capital Salud, y al mayor número posible de formas asociativas o de participación social de las comunidades.

Herramientas

- Diseñar una presentación avalada por la oficina de comunicaciones, que sea lo más sencilla posible, con calidad inspiradora (que genere acción de compra) y con una pedagogía que sea el eje de la socialización.
- Diseñar imágenes con las mismas características del numeral anterior en diferentes formatos, como fondos de pantalla, carteleras, pendones, plegables, boletines, etc.
- Con el apoyo de la oficina de comunicaciones de la SDS, realizar un video que explique de la forma más sencilla y pedagógica posible el nuevo modelo de remuneración y sus beneficios a todos los actores.
- Con el apoyo de la oficina de comunicaciones de la SDS, realizar un video con una *dramatización corta y llamativa* que transmita el mensaje del NMR.

Implementación

Para la implementación del plan de monitoreo se desarrollarán las siguientes estrategias:

- Capacitación a las partes sobre el diligenciamiento de los indicadores.
- Entrega del plan y del tablero de indicadores, por medio de circular de la Subsecretaría de Planeación y Gestión Intersectorial.
- Articulación del plan de monitoreo y evaluación con el Plan Operativo Anual (POA) de las subredes y de Capital Salud.
- Articulación del tablero de indicadores con el cuadro de mando integral, o *Balance Score Card*, de las subredes y de Capital Salud.

- Asistencia técnica permanente por parte del Equipo PGPAFED y Uniandes en la implementación.

b. Información a las partes

Para el flujo de información a las partes se desarrollarán las siguientes estrategias:

- Recolección trimestral de los indicadores del tablero.
- Análisis trimestral de los indicadores del tablero.
- Informe del análisis del tablero de indicadores a Capital Salud, a las subredes y al Comité Directivo de Red.
- Brindar asistencia técnica a las partes en la elaboración de planes de mejora derivados del análisis anterior.

c. Evaluación de impacto y ajuste del NMR PGPAFED

Para la evaluación de impacto se desarrollarán las siguientes estrategias:

- Medición de la disminución de los costos de transacción en los procesos de autorizaciones, facturación y auditoría.
- Medición de la variación de la calidad e impacto en la salud a través del cálculo del Beta.
- Implementar acciones y planes de mejora continua por tipología para prestador y asegurador, de manera permanente.

La evaluación del impacto se medirá mediante el uso de los indicadores, según el anexo adjunto “Plan de monitoreo, evaluación y seguimiento”.

10. Glosario

Actividades finales de un hospital: Es la agrupación de atenciones en salud equivalente a la totalidad de actividades desarrolladas en un episodio de atención (consulta, hospitalización y cirugía), en ellas quedan incluidas todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico entendidas estas como actividades intermedias.

Busca facilitar la relación entre prestador y pagador disminuyendo los costos de transacción (autorización, facturación y auditoría).

Atención primaria en salud (APS): estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, con el fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas, que contribuyen a la equidad, la solidaridad y la costo-efectividad de los servicios de salud.

Cargo por disponibilidad: costo relacionado con la existencia de una capacidad instalada lista para operar en las tres actividades finales (consultorios, quirófanos y camas de hospitalización). Entre los cuales se encuentran nómina de planta, órdenes de prestación de servicios y costos de infraestructura.

Cargo variable: costo relacionado con la generación de una actividad final (consulta, cirugía y hospitalización), y que se genera cuando el costo se halla directamente relacionado con la producción, como en el caso de los insumos hospitalarios.

Cargo por apoyo diagnóstico y terapéutico: costo relacionado directamente con la generación de actividades intermedias, tales como: laboratorio clínico, imagenología y terapias, entre otros, y que son inherentes a la atención integral. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.

Cargo por traslado secundario: costo de los traslados en ambulancia dentro de la subred e intersubredes. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.

Cargo por administración: asignación de los gastos asociados a los centros de costo de estructura (administrativos) donde se incorporan el talento humano, los insumos y los gastos generales necesarios para el desarrollo de las actividades de gestión administrativa. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.

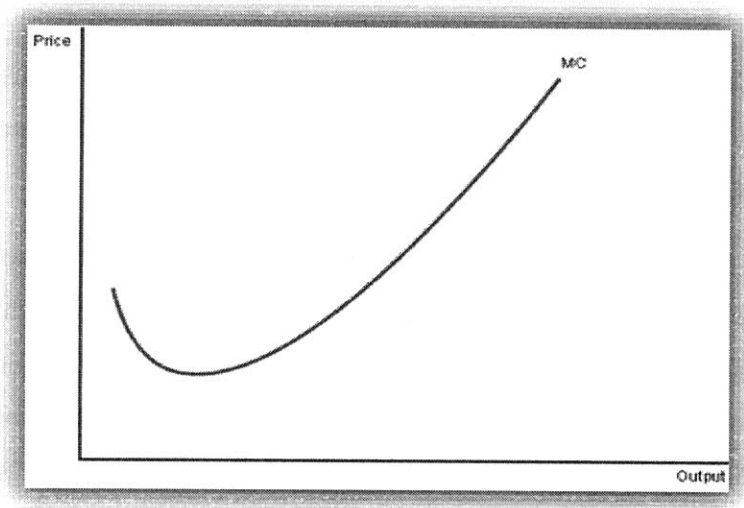
Cobertura sanitaria universal: condición en la cual toda la población dispone de los servicios de salud necesarios, sin que el pago de dichos servicios le cause dificultades económicas. Deben estar cubiertos todos los servicios sanitarios esenciales, con una dispensación de calidad, incluidos la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. (Organización Mundial de la Salud, Cobertura sanitaria universal. Nota descriptiva N° 395. Diciembre de 2015).

Costo marginal: costo que mide la tasa de variación del costo dividida por la variación de la producción. Matemáticamente, la función del coste marginal CMa es expresada como la derivada de la función del costo total CT respecto a la cantidad Q :

$$CM = \frac{dCT}{dQ}$$

La curva que representa la evolución del costo marginal tiene forma de parábola cóncava, debido a la Ley de los Rendimientos Decrecientes. En el punto mínimo de dicha curva, se encuentra el número de bienes que se deben producir para que los costos, en beneficio de la empresa, sean mínimos. En esa curva, el punto de corte con la curva de costes medios determina el óptimo de producción, punto a partir del cual se obtiene mayor producción.

En política de precios, el coste marginal marca el precio a partir del cual se obtienen beneficios, siempre y cuando se haya alcanzado el umbral de rentabilidad, o punto muerto.



Incentivo por resultados, impacto y calidad: estímulo a la producción, la calidad y el impacto en la aplicación del modelo.

Intervenciones colectivas: conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo, dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, y definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio.

Modelo de atención integral en salud: modelo de operación utilizado por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con el fin de que, a partir de las estrategias definidas, se adopten herramientas para orientar la intervención de los diferentes actores del sistema, de forma que induzcan la transformación de la atención, con miras lograr los resultados en salud a partir del mejoramiento del acceso a los servicios, de manera oportuna, eficaz y con calidad. Su propósito es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población en el medio en el que se desarrolla, lo cual requiere la armonización de los objetivos y las estrategias del sistema alrededor del ciudadano. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores, así como de las demás entidades que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y los riesgos relacionados con la salud. No obstante, dicha integralidad no implica unicidad, ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

Pago por Desempeño PPD: Es una nueva modalidad de pago que se impone en el mundo moderno en donde se busca la implementación de incentivos (principalmente financieros), condicionados a la eficiencia y a la calidad en la prestación del servicio por parte del prestador.

Plan de Intervenciones Colectivas (PIC): plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, y dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados, mediante la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas, y desarrolladas a lo largo del curso de la vida, dentro del marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

Política de Atención Integral en Salud (PAIS): política encargada de brindar los lineamientos del sistema para el logro de mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo con la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015).

Portabilidad nacional: garantía que deben ofrecer todas las entidades promotoras de salud (EPS) sobre el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, por medio de acuerdos con prestadores de servicios de salud y con las demás EPS. Las EPS podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y a las redes integradas de servicios.

Presupuesto Global Prospectivo PGP: Es una modalidad de pago que relaciona la capacidad instalada del hospital y la demanda esperada en un territorio definido, así pues se pacta un monto global en dinero por una cantidad de actividades en salud.

Prevención primaria: conjunto de actividades que se realizan para evitar la adquisición o la aparición de la enfermedad (por ejemplo: vacunación antitetánica, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.). Previene la enfermedad o el daño en personas sanas, y comprende la promoción y la protección específica de la salud.

Prevención secundaria: acción encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces, en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.

Prevención terciaria: conjunto de medidas dirigidas al tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad para hacer más lenta su progresión, y, con ello, disminuir o evitar la aparición o el agravamiento de complicaciones o invalidez intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Estos niveles preventivos no son incompatibles entre sí: se complementan enriqueciéndose mutuamente en su implementación conjunta para mejorar la calidad de vida de la gente y la sociedad en su conjunto

Promoción de la salud: marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la vida y la salud mediante la formulación, la implementación y la evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales, así como intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a reducir inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, con el fin de aumentar el nivel de salud y de bienestar de toda la población en los entornos donde se desarrollan las personas.

Red integrada de servicios de salud: conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales o colectivos más eficientes, equitativos, integrales y continuos a una población definida, y dispuestas conforme a la demanda y diseñadas con criterios de suficiencia en red por tipo de servicio. Estas redes podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Rendimientos por servicios: número de actividades realizadas con un equipo, un instrumento o un área física por unidad de tiempo (Recuperado de: Juan Pablo Villa Barragán. *Análisis del desempeño*. http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica//presenta_analidesem.pdf).

Rutas de atención integral en salud (RIAS): programa que busca superar el problema de fragmentación en la atención en salud de la población. Estos programas permiten ejecutar el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), consolidar los requerimientos para el diseño del prestador primario y el complementario, las redes integrales de atención, los procesos de gestión de riesgo y los requerimientos de información para el MIAS. Las RIAS son el conjunto de acciones que integran el manejo del riesgo y de la enfermedad a partir de la evidencia científica en cada grupo de riesgo. Su alcance se concentra en el cuidado y la gestión de la persona, ya sea en su condición de persona sana con riesgo, con la enfermedad o con discapacidad establecida. Las RIAS incluyen las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con los eventos que incluya el grupo de riesgo, pero su alcance es mayor, en tanto cubre el continuo promoción prevención-diagnóstico-tratamiento-paliación.

Servicios o unidades complementarias: instalaciones sanitarias que prestan los servicios hospitalarios en todos sus componentes (urgencias, hospitalización, quirófanos), y que, a su vez, darán origen a los centros de excelencia en los que se encierra todo el proceso de atención del paciente.

Servicios o unidades básicas: instalaciones que permiten ofrecer servicios de medicina general, laboratorio, odontología y enfermería, con las especialidades y los servicios de apoyo diagnóstico altamente resolutivos. Para efectos del nuevo modelo de atención, estas unidades básicas también prestarán servicios de atención especializada, de acuerdo con las necesidades y las expectativas de la población.

Subsidios cruzados: tipo de subsidio en cuyo caso la empresa calcula su tarifa general (que cubre los costos totales), pero no cobra el mismo monto a todos los clientes. Algunos pagan más que el costo real, para permitir que otros paguen menos. No hay necesidad de que el Gobierno ponga nada del costo de dicho subsidio. El sector en su totalidad no está siendo subsidiado, sino que algunos usuarios (quienes, se supone, son los menos necesitados) están subsidiando el consumo de otros usuarios (los, supuestamente, más necesitados).

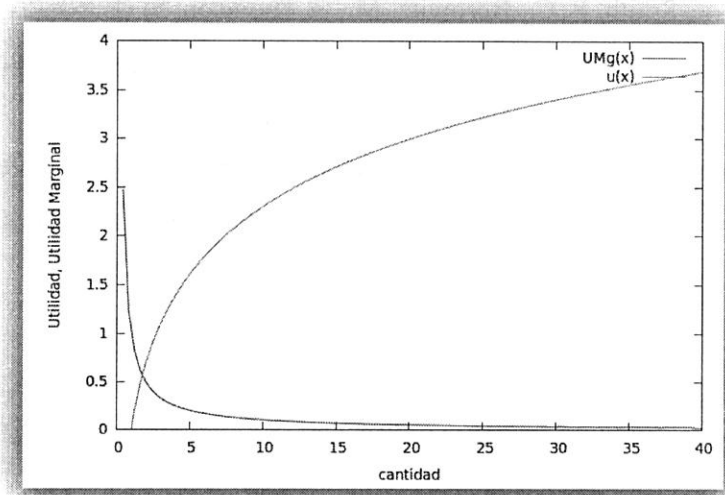
Unidad de valor relativo: medida comparativa de servicio utilizada por los hospitales para comparar el volumen de recursos necesarios para llevar a cabo diversos servicios en

un solo departamento o entre departamentos (recuperado de: <http://www.onsalus.com/definicion-unidad-de-valor-relativo-29828.html#ixzz3yTzcPQ00>).

Utilidad total: utilidad de un bien que obtiene el consumidor por el disfrute de la totalidad de las unidades de dicho bien.

Utilidad marginal decreciente: término muy utilizado en economía que supone un decrecimiento de la utilidad de un bien o servicio en la medida en que las necesidades son satisfechas.

Acceder a un bien adicional luego de satisfecha una necesidad representa, para el consumidor, una utilidad inferior a la que representaba ese mismo artículo cuando la necesidad aún no estaba satisfecha.



Valor estimado: valor asignado a una actividad específica, con base en sus características y en las condiciones de mercado del área. También, importe total, sin incluir el impuesto sobre el valor añadido (IVA).

Bibliografía/cibergrafía

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2016). *Plan Territorial de Salud 2016-2020*. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf
- Buglioli, M., Gianneo, O., & Mieres, G. (2002). Modalidades de pago de la atención médica. *Revista Médica del Uruguay*, 18(3), 198-210.
- Acuerdo 645 de 2016, por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D. C. 2016-2020 “Bogotá Mejor para Todos”. Concejo de Bogotá, .Registro Distrital 5850 de junio 9 de 2016.
- Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Vertical Integration in the Colombian Healthcare Sector. *Desarrollo y Sociedad*, (77), 231–262. <https://doi.org/10.13043/DYS.77.6>
- Cashin, C., Chi, Y-L, Smith, P. C., Borowitz, M., & Thomson, S. (Eds.). (2014). *Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability*. Maidenhead [u.a]: Open Univ. Press.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy* (Amsterdam, Netherlands), 110(2-3), 115-130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>
- Grady, K. E., Lemkau, J. P., Lee, N. R., & Caddell, C. (1997). Enhancing mammography referral in primary care. *Preventive Medicine*, 26(6), 791-800. <https://doi.org/10.1006/pmed.1997.0219>
- Hillman, A. L., Ripley, K., Goldfarb, N., Nuamah, I., Weiner, J., & Lusk, E. (1998). Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *American Journal of Public Health*, 88(11), 1699-1701.
- Mannion, R., & Davies, H. T. O. (2008). Payment for performance in health care. *BMJ: British Medical Journal*, 336(7639), 306-308. <https://doi.org/10.1136/bmj.39463.454815.94>
- Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 153-156. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.077339>
- Miller, G., & Babiarz, K. S. (2014). Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs. En *Encyclopedia of health economics* (pp. 457–466). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00126-7>

Resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación a la gestión en la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud – “Hacia un nuevo modelo de Atención Integral en Salud”*. Bogotá: MinSalud.

Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Presidencia de la República. Diario Oficial 46230 del 3 de abril de 2006.

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. Bogotá: Presidencia de la República, Diario Oficial 46835 de diciembre 07 de 2007.

Rosenthal, M. B., & Frank, R. G. (2006). What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review: MCRR*, 63(2), 135-157. <https://doi.org/10.1177/1077558705285291>

Resolución DDC000002 de enero 16 de 2014, por la cual se definen los criterios, las pautas y el método relacionado con el Sistema de Costos de las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital y se dictan normas sobre la estructura, los procedimientos, mecanismos de reporte y términos de la entrega de la información respectiva y se deroga la Resolución DDC – 000001 de 2012. Bogotá: Secretaría Distrital de Hacienda. Recuperado de <http://www.shd.gov.co/shd/node/16933>.

Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2016a). *Rendición de cuentas del sector salud Plan de desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” vigencia 2016*. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Inf_Rendicion_de_Cuentas_SDS_2016.pdf

Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2016b). *Proyecto de Acuerdo 076*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65380>

Secretaría Distrital de Salud, Planeación. (s. f.). *Información costos de funcionamiento ESE. Cubo 2013-2015*.

- Spengler, J. J. (1950). Vertical integration and antitrust policy. *Journal of Political Economy*, 58(4), 347–352.
- Tirole, J. (1999). Incomplete Contracts: Where Do We Stand? *Econometrica*, 67(4), 741-781.
- World Health Organization. (2017). *External AID for health remains insufficient in low income countries*. Recuperado de http://www.who.int/health-accounts/External_AID_for_health.pdf

11. Anexos

Ejemplo de aplicación¹⁸

La Sub Red j vendió a Capital Salud en el periodo anterior ($t - 1$) un total de 90 actividades de la tipología i por un valor total de \$1000, y conociendo que, según el NMR, la tarifa eficiente de la actividad i (T_i^*) es \$8, la Sub Red j pactó para este periodo un valor total de \$1000 por una producción de actividades i entre 100 y 125.

Donde:

Variable	Valor
P_{ij}^{min}	= 100
P_{ij}^{max}	= 125
P_{ijt-1}	= 90
T_i^*	= \$8
PGP_{ijt}	= \$1000

F_{ijt} : valor de la factura total de la subred j en el periodo t correspondiente a la actividad final i

Analicemos los tres posibles casos:

Caso 1. Producción dentro del rango esperado, o mayor que este (producción mayor que la P_{ijt}^{min})

$$P_{ijt} = 113 \rightarrow P_{ijt}^{min} \leq P_{ijt} \rightarrow F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} = \$ 1.000 * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} = \$ 1.000 * 1$$

$$F_{ijt} = \$1.000$$

¹⁸ Para analizar por separado el comportamiento de la eficiencia administrativa o el componente de producción (α_{ij}), supondremos la calidad β_j como 1, para que no tenga efecto matemático.

Caso 2. Producción inferior a la producción en el periodo anterior (producción menor que en el periodo $t - 1$)

$$P_{ijt} = 89 \rightarrow P_{ijt} < P_{ijt-1} \rightarrow \alpha_{ijt} = 0$$

Lo cual implica que:

$$T_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} \rightarrow F_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} * P_{ijt}$$

$$F_{ijt} = 8 * 1 * 89$$

$$F_{ijt} = 712$$

Caso 3. Producción mayor que la del periodo anterior y menor que el rango esperado (producción mayor o igual que la producción en el periodo $t - 1$ y menor o igual que la mínima acordada)

$$P_{ijt} = 95 \rightarrow P_{ijt-1} \leq P_{ijt} \leq P_{ijt}^{min} \rightarrow \alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{ijt}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

Hallamos φ_{ij}

$$\varphi_{ij} = \frac{P_{ijt}^{max}}{P_{ijt}^{min}} - 1$$

$$\varphi_{ij} = \frac{125}{100} - 1$$

$$\varphi_{ij} = 1.25 - 1$$

$$\varphi_{ij} = 0.25$$

Hallamos α_{ijt}

$$\alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{ijt}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = \frac{95 - 90}{100 - 90} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = \frac{5}{10} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * \varphi_{ij}$$

Remplazamos φ_{ij}

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * 0.25$$

$$\alpha_{ijt} = 0.125$$

Remplazamos α_{ijt}

$$T_{ijt} = T_i^* (\beta_{jt} + \alpha_{ijt})$$

$$T_{ijt} = 8 * (1 + 0.125)$$

$$T_{ijt} = 8 * (1.125)$$

$$T_{ijt} = \$9$$

Hallamos F_{ijt}

$$F_{ijt} = T_{ijt} P_{ijt}$$

$$F_{ijt} = 9 * 95$$

$$F_{ijt} = \$855$$

Marco normativo

A continuación se describen las leyes, los decretos y las resoluciones que enmarcan el NMR PPD-PGPAF, en cumplimiento del plan territorial de salud en el Distrito Capital.

1. **Ley 100 de diciembre 23 de 1993.** “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. LIBRO SEGUNDO. El sistema general de seguridad social en salud.

Artículo 184. De los incentivos para un mejor servicio. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

2. **Ley 1122 de enero 9 de 2007** “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 13º: Flujo y Protección de los recursos. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

d. Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados (...) Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50 % del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago (...).

3. **Ley 1438 de enero 19 de 2011.** “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 23. Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud. El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10 % de la Unidad de Pago por Capitación (...) El Gobierno Nacional contará con

seis (6) meses para hacer las revisiones necesarias con base en estudios técnicos sobre el porcentaje máximo señalado en el presente artículo y podría realizar las modificaciones del caso. Hasta tanto no se defina el Régimen Subsidiado seguirá manejando el 8 %.

Artículo 53. Prohibición de limitaciones al acceso. Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

4. **Ley 1751 de febrero 16 de 2015.** “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.
5. **Decreto reglamentario 780 de mayo 6 de 2016.** “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”.

Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

2. Pago por evento. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención,

insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

3. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. (Art. 4 de/Decreto 4747 de 2007).

Artículo 2.5.3.4.6 Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma de pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
11. Mecanismos para la solución de conflictos.
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

Parágrafo 1. Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del Parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Parágrafo 2. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo 3. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, PAMEC, de cada uno de los actores, definido en los artículos 2.5.1.4.1 a 2.5.1.4.9 del presente decreto o la norma que los adicione, modifique o sustituya. (Art. 6 del Decreto 4747 de 2007)

6. **Resolución 0429 de febrero 17 de 2016.** “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”.

Artículo 1º. De la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual se adopta mediante la presente resolución, junto con su anexo técnico, el cual hace parte integral de la misma, atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano.

El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Parágrafo. La política de atención integral de atención en salud cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Artículo 3°. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). La PAIS establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas. La implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación.

Artículo 5°. Componentes del Modelo integral de Atención en Salud MIAS. El MIAS cuenta con diez componentes, así:

5.7. Redefinición del Esquema de incentivos. El Nivel Nacional determina el esquema de incentivos a lo largo de la cadena de provisión de servicios, para orientar y alinear aseguradores, prestador y proveedores de insumos alrededor de los resultados en salud. El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Igualmente, se deben desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica.

7. **Acuerdo 645 de junio 9 de 2016.** “Por el cual se adopta El Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016-2020 “Bogotá Mejor Para Todos”.

Artículo 17. Atención integral y eficiente en salud. El objetivo de este programa es el desarrollo conceptual, técnico, legal, operativo y financiero de un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud, basándose en un modelo de salud positiva, corresponsabilidad y autocuidado, riesgo compartido, salud urbana y en una estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva, que se soporta en equipos especializados que ofrecen servicios de carácter esencial y complementario y que cubren a las personas desde el lugar de residencia hasta la institución hospitalaria, pasando por los Centros de Atención Prioritaria en Salud y un esquema integrado de urgencias y emergencias.

Parágrafo. En el marco de la Ruta Integral de Atenciones para Niños, Niñas y Adolescentes, la Secretaría Distrital de Salud garantizará la cobertura en el esquema de vacunación de todos los niños y niñas menores de 5 años, en especial los

vinculados a los programas de Atención a la Primera Infancia del orden Distrital y Nacional.

Artículo 70. Incorporación del Plan Territorial de Salud. En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, se incorpora al Plan de Desarrollo Bogotá Mejor Para Todos, el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020, el cual es concordante con el mismo y está armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

8. **Acuerdo 641 de abril 6 de 2016.** “Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones”

ARTÍCULO 25°. Red integrada de servicios de salud. La oferta pública de prestación de servicios de salud, del Distrito Capital, se organizará en una Red Integrada de Servicios de Salud, que se estructura a través de cuatro subredes que correspondan a cada una de las ESE resultantes de la fusión ordenada en el presente Acuerdo.

Las subredes se organizarán en servicios ambulatorios y hospitalarios en todos los niveles de complejidad.

ARTÍCULO 32°. Integración del Sector Salud. El Sector Salud está integrado por la Secretaría Distrital de Salud, cabeza del Sector, y las siguientes entidades y organismos:

Entidades Adscritas:

Establecimiento público: Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS,

Empresas Sociales del Estado: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Entidades con vinculación especial:

Sociedad de Economía Mixta: Capital Salud EPS-S S.A.S.

Entidad sin ánimo de lucro mixta: Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica.

Entidad sin ánimo de lucro mixta: Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.

Organismos:

Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

Comité Directivo de Red.

9. **Resolución 5268 de diciembre 22 de 2017.** “Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación-UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 18. Para efectos de lo dispuesto en la presente resolución en la vigencia 2018 continuará la aplicación de la prueba piloto de igualación de prima pura de la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo en las ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali y Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario, manteniendo las condiciones de dicho régimen, entendiéndose para el efecto, por prima pura de UPC aquella que resulta de descontar de la misma los gastos de administración en uno u otro régimen.

Es responsabilidad de las entidades promotoras de salud de ambos regímenes para el mantenimiento de las pruebas piloto de igualación de prima pura del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo, el envío de la información de manera oportuna y con calidad cada cuatrimestre de la vigencia respectiva, discriminando la misma en forma mensual en los términos del instructivo que para el efecto defina la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, el plazo para su envío se extenderá hasta la cuarta semana del mes siguiente al vencimiento del cuatrimestre respectivo.

Parágrafo. El incumplimiento de los plazos estipulados en este artículo dará lugar a las investigaciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que respetando el debido proceso, determinará la viabilidad de imponer sanciones.

Artículo 19. Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación de la prueba piloto Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2018, en las ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali y en Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario, en la suma anual de OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$864.568,80), que corresponde a un valor diario de DOS MIL CUATROCIENTOS UN PESOS CON CINCUENTA Y OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.401,58).

La estructura de costos por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S para la prueba piloto de la que trata el presente artículo, es la siguiente:

Grupo de edad	Estructura de costo	Valor anual
Menores de un año	2,7654	2,390.878,80

1-4 años	0,8179	707.130,00
5-14 años	0,3267	282.456,00
15-18 años hombres	0,3847	332.600,40
15-18 años mujeres	0,6381	551.682,00
19-44 años hombres	0,6415	554.619,60
19-44 años mujeres	1,0154	877.881,60
45-49 años	1,0376	897.076,80
50-54 años	1,2973	1.121.605,20
55-59 años	1,5738	1.360.659,60
60-64 años	1,9465	1.682.884,80
65-69 años	2,4125	2 085.771,60
70-74 años	2,9424	2.543.907,60
75 años y mayores	3,6575	3.162.160,80

10. **Resolución DDC-03 de diciembre 29 de 2017.** “Por medio de la cual se definen los criterios, las pautas y el método relacionado con el Sistema de Costos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital y se reglamenta la estructura, los procedimientos, mecanismos de reporte y términos de la entrega de la información”.
11. **Resolución 412 de febrero 25 de 2000.** “Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”.
12. **Resolución 4505 de diciembre 28 de 2012.** “Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento”.
13. **Resolución 256 de febrero 5 de 2016.** “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”.

Tablas

Tabla 9. Producción observada

Suma de Total Actividades (consultas, cirugías, egresos)					
Rótulos de fila	Centro oriente	Norte	Sur	Suroccidente	Total general
Cama básica	1.670	4.830	3.714	2.318	12.532
Cama especializada G/O	11.127	10.686	12.228	11.737	45.778
Cama especializada m interna	13.329	14.681	13.240	7.057	48.307
Cama especializada pediatría	8.756	8.394	8.911	5.874	31.935
Cama especializada quirúrgico	7.250	9.774	11.621	7.974	36.619
Cama especializada s mental	2.848	2.786	425	609	6.668
Cama observación de urgencias	21.418	52.868	29.061	26.950	130.297
Cama UCI adultos	1.710	1.293	1.284	417	4.704
Cama UCI intermedios adulto	2.330	1.837	1.952	872	6.991
Cama UCI intermedios neonatal	2.223	1.552	1.046	522	5.343
Cama UCI intermedios pediátrico	809	47	385	176	1.417
Cama UCI neonatos	671	1.189	789	435	3.084
Cama UCI pediátrica	366	350	504	126	1.346
Consultorio básico enfermería	126.880	145.097	245.770	269.016	786.763
Consultorio básico medicina general	282.321	274.314	366.865	543.795	1.467.295
Consultorio básico psicología	20.589	31.784	46.021	26.290	124.684
Consultorio especializado y supra	256.286	305.648	274.523	219.217	1.055.674
Consultorio odontológico	221.989	277.571	394.494	422.136	1.316.190
Consultorio odontológico especializado	20.927	36.105	43.226	50.137	150.395
Consultorio urgencias básico	139.488	155.325	150.291	160.901	606.005
Consultorio urgencias especializado	63.845	149.060	106.550	69.667	389.122
Quirófano básico partos y cesáreas	7.942	7.643	9.279	7.917	32.781
Quirófano especializado por grupo 2 6	8473	9070	11888	8262	37693
Quirófano especializado por grupo 7 10	12801	21209	16903	7674	58587
Quirófano especializado por grupo 11 13	3410	5649	3106	2018	14183
Quirófano especializado por grupo 20 23	2433	2360	3145	1477	9415
Quirófano supraespecializado por grupo 2 6	1058	4355	2583	1127	9123
Quirófano supraespecializado por grupo 7 10	2207	6202	2055	2789	13253
Quirófano supraespecializado por grupo 11 13	2206	3137	403	547	6293
Quirófano supraespecializado por grupo 20 23	488	343	114	195	1140
Total general	1.247.850	1.762.376	1.858.232	6.413.617	

Fuente: producción observada, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 12. Cantidad máxima de horas de salas descrito en el anexo técnico del manual tarifario por grupo quirúrgico

Grupo quirúrgico	Tiempo de sala de cirugía (horas)	Frecuencia
4	1	1
5	1,5	1
6	2	1
	1,5	1

Grupo quirúrgico	Tiempo de sala de cirugía (horas)	Frecuencia
	1,6	1
	1	1
7	2	2
	1,5	2
	1,75	1
	1	1
8	2	1
	2,5	1
	3	2
	1,5	1
9	2	2
	2,5	3
	3	1
	4	1
	1	1
10	2	2
	3	5
	1,5	1
	2,75	1
11	2	2
	2,5	2
	3	6
12	2	2
	2,5	3
	3	5
	3,5	1
	4	2
	4,5	1
13	2	1
	3	1
	3,5	2
	4	1
20	3	1
	5	1
21	3	1
	5	1
	7	1
	4,25	1
Total general		69

Fuente: Anexo técnico, Decreto 2423 de 1996, Tarifario SOAT.

Tabla 15. Subred Sur

COSTO TOTAL POR TIPOLOGIA, ESE Y SUBRED SUR AÑO 2015								
No.	TIPO DE PRODUCTO	MEISSEN	TUNAL	NAZARETH	TUNJUEITO	VISTA HERMOSA	USME	TOTAL SUBRED SUR
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	462.892.258	-	476.213.160	2.731.587.988	11.344.219.869	3.411.899.121	18.426.812.397
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	134.463.827	-	-	210.206.924	-	463.782.524	808.453.275
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	11.619.336.097	17.620.658.476	-	2.081.891.818	-	-	31.321.886.391
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	4.970.721.040	5.477.872.154	378.456.234	2.898.560.038	5.528.003.000	2.416.444.116	21.670.056.582
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	6.208.316.958	4.121.381.671	-	767.994.745	-	-	11.097.693.374
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	606.251.030	-	1.281.751.597	2.023.808.533	4.229.204.945	4.027.203.485	12.168.219.590
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	240.597.195	70.967.921	-	419.939.235	-	41.209.869	772.714.221
9	CAMA BASICO	3.217.307.309	6.944.060.703	32.240.095	229.619.228	1.396.244.948	823.932.430	12.643.404.712
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	3.926.134.617	3.195.114.124	-	754.798.613	128.066.350	-	8.004.113.704
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	4.921.139.521	3.260.803.823	-	3.033.166.010	-	-	11.215.109.354
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	2.382.679.357	5.977.110.479	-	855.391.216	1.511.074.206	-	10.726.255.258
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	1.054.248.260	1.640.736.647	-	574	-	-	2.694.985.481
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	-	-	-	1.646.231.265	-	1.646.231.265
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	4.037.482.864	1.651.355.343	186.085.122	2.400.931.043	2.103.264.250	1.535.631.349	11.914.749.971
16	CAMA UCI ADULTOS	2.772.749.767	9.080.092.087	-	-	-	-	11.852.841.854
17	CAMA UCI NEONATAL	1.802.476.676	5.045.230.540	-	-	-	-	6.847.707.216
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	4.032.470.725	-	-	-	-	4.032.470.725
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	-	1.242.642.043	-	-	-	-	1.242.642.043
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	1.634.812.139	3.655.696.356	-	1.025.445.542	-	-	6.315.954.037
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	1.420.836.349	2.295.515.696	-	562.511.749	-	-	4.278.863.795
22	QUIROFANO BASICO	2.493.626.262	2.922.211.828	58.058.019	1.135.391.482	1.063.983.321	621.910.744	8.295.181.656
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	1.969.240.053	3.506.790.616	-	1.144.406.685	-	-	6.620.437.354
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	6.734.865.237	11.136.091.891	-	1.142.623.973	-	-	19.013.581.101
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	1.546.307.564	3.938.929.020	-	78.565.061	-	-	5.563.801.645
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	421.565.479	8.550.883.726	-	41.119.302	-	-	9.013.568.508
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	1.512.725.662	-	-	-	-	1.512.725.662
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	2.184.286.822	-	-	-	-	2.184.286.822
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	737.406.215	-	-	-	-	737.406.215
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	275.269.280	-	-	-	-	275.269.280

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 16. Subred Norte

COSTO TOTAL POR TIPOLOGIA, ESE Y SUBRED NORTE AÑO 2015							
No.	TIPO DE PRODUCTO	CHAPINERO	SUBA	USAQUEN	ENGATIVA	SIMON BOLIVAR	TOTAL SUBRED NORTE
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	2.165.233.684	4.817.494.864	2.638.466.169	8.492.594.152	-	18.113.788.869
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	708.783.167	-	-	-	708.783.167
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	27.902.883	235.973.795	-	346.690.416	158.448.273	769.015.366
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	277.863.123	5.355.721.571	48.902.195	3.960.079.848	12.718.921.284	22.361.488.021
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	1.537.262.201	4.066.450.074	2.327.843.443	9.930.654.850	6.754.153.327	24.616.363.895
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	4.407.459.389	-	3.032.168.083	5.920.964.398	13.360.591.869
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	1.664.032.083	2.320.412.474	2.062.825.204	2.883.476.581	-	8.930.746.343
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	77.593.221	561.738.946	34.791.488	289.699.339	885.110.487	1.848.933.481
9	CAMA BASICO	645.422.315	2.724.380.552	112.147.638	1.646.536.228	5.623.204.284	10.751.691.016
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	13.097.453	4.304.435.074	-	2.256.140.718	4.735.426.877	11.309.100.122
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	168.652.063	3.391.497.758	-	4.848.529.304	9.371.558.604	17.780.237.730
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	-	2.830.934.683	-	2.304.350.173	5.449.080.026	10.584.364.882
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	-	1.359.021.707	-	1.538.575.780	2.279.315.850	5.176.913.337
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	-	747.691.449	-	11.864.734.751	12.612.426.200
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	603.762.025	4.667.998.434	174.460.228	2.372.344.225	5.529.185.105	13.347.750.017
16	CAMA UCI ADULTOS	-	1.731.919.764	-	2.407.711.609	4.866.048.664	9.005.680.038
17	CAMA UCI NEONATAL	-	3.081.783.593	-	1.422.623.411	3.072.000.539	7.576.407.543
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	44.771.954	-	-	5.200.880.334	5.245.652.288
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	-	-	-	-	177.688.024	177.688.024
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	-	1.526.446.493	-	749.405.047	529.119.192	2.804.970.732
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	-	1.422.862.387	-	596.687.910	1.619.128.161	3.638.678.457
22	QUIROFANO BASICO	237.416.062	2.818.762.360	47.078.097	1.424.337.416	3.325.385.469	7.852.979.404
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	1.400.819.169	-	1.960.728.553	1.467.249.138	4.828.796.859
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	7.853.174.313	-	5.433.577.863	8.747.288.534	22.034.040.710
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	3.134.050.514	-	1.062.209.640	4.955.652.098	9.151.912.251
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	547.442.324	-	493.345.368	3.878.593.479	4.919.381.172
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	-	-	-	407.984.141	407.984.141
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	-	-	-	1.203.153.969	1.203.153.969
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	-	-	-	1.495.679.781	1.495.679.781
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	-	-	-	261.366.933	261.366.933

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 17. Subred Centro-Oriente

COSTO TOTAL POR TIPOLOGIA, ESE Y SUBRED CENTRO - ORIENTE AÑO 2015								
No.	TIPO DE PRODUCTO	CENTRO ORIENTE	LA VICTORIA	RAFAEL URIBE URIBE	SAN BLAS	SAN CRISTOBAL	SANTA CLARA	TOTAL SUBRED CENTRO-ORIENTE
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	3.118.860.614	-	5.370.239.935	-	5.765.579.047	-	14.254.679.595
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	31.968.541	-	-	31.968.541
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	30.606.071	63.874.647	11.556.516	158.043.142	-	712.118.347	976.198.724
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	1.435.600.360	8.810.750.891	-	3.071.775.022	39.548.226	17.278.352.941	30.636.027.439
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	5.352.333.112	9.738.007.323	3.774.337.624	2.338.532.692	5.686.937.273	8.971.846.982	35.861.995.006
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	2.271.546.852	-	1.299.022.904	-	3.779.129.832	7.349.699.588
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	1.630.681.351	-	12.641.901.325	-	4.354.240.356	-	18.626.823.033
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	23.357.531	227.518.847	-	64.306.598	-	64.421.108	379.604.085
9	CAMA BASICO	155.587.977	1.974.354.756	757.210.311	3.190.026.797	609.456.274	2.040.329.351	8.726.965.466
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	544.100	9.333.751.032	-	2.248.777.449	-	74.724.622	11.657.797.203
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	3.158.713.879	3.793.080.845	-	3.539.246.173	-	9.444.292.442	19.935.333.339
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	2.406.203.207	2.554.510.049	-	2.995.935.900	-	2.607.408.050	10.564.057.206
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	21.276.050	367.129.303	-	119.127.409	-	3.488.648.405	3.996.181.167
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	1.879.373.293	-	1.517.417.211	-	4.880.208.995	8.276.999.499
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	-	5.372.550.694	510.966.315	2.010.219.399	-	9.183.193.436	17.076.929.845
16	CAMA UCI ADULTOS	-	2.992.616.434	-	1.989.452	-	10.934.711.767	13.929.317.653
17	CAMA UCI NEONATAL	-	5.237.154.161	-	-	-	-	5.237.154.161
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	-	-	-	-	3.996.776.350	3.996.776.350
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	95.229.490	842.189.398	-	-	-	1.908.685.969	2.846.104.858
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	-	8.093.189.738	-	1.666.569.964	-	3.382.612.825	13.142.372.527
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	-	3.361.706.847	-	984.262.007	-	-	4.345.968.853
22	QUIROFANO BASICO	-	6.408.441.001	141.848.820	1.359.631.890	175.163.334	-	8.085.085.045
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	551.962.812	2.167.514.782	-	1.113.976.524	-	1.392.594.881	5.226.048.999
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	2.623.571.802	3.709.316.142	-	3.990.291.607	-	5.924.266.965	16.247.446.517
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	617.447.500	2.072.562.134	-	522.782.759	-	3.015.432.155	6.228.224.548
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	28.593.184	704.153.633	-	314.063.876	-	4.798.536.407	5.845.347.100
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	45.298.040	-	-	-	406.156.135	451.454.175
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	112.031.102	-	-	-	2.638.947.109	2.750.978.211
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	591.086.168	-	-	-	4.022.204.354	4.613.290.522
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	5.232.010	-	-	-	1.428.024.523	1.433.256.534

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 18. Subred Suroccidente

COSTO TOTAL POR TIPOLOGIA, ESE Y SUBRED SUR OCCIDENTE AÑO 2015							
No.	TIPO DE PRODUCTO	BOSA	KENNEDY	DEL SUR	FONTIBON	PABLO VI BOSA	TOTAL SUBRED SUR-OCCIDENTE
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	-	-	13.231.845.150	3.818.721.140	13.357.719.036	30.408.285.326
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	-	-	6.057.246	94.335.732	665.936.584	766.329.562
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	1.478.255.342	16.530.540.550	359.681.138	4.146.749.303	317.617.535	22.832.843.868
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	6.561.255.677	10.427.351.046	4.742.559.247	2.717.747.183	7.388.298.371	31.837.211.525
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	9.444.491.757	-	400.416.001	-	9.844.907.758
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	-	124.245.333	3.606.027.926	1.589.645.518	4.654.138.878	9.974.057.655
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	-	504.161.670	-	505.894.004	-	1.010.055.675
9	CAMA BASICO	689.917.876	3.293.080.856	666.758.584	743.767.077	1.104.134.775	6.497.659.169
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1.058.107.704	8.883.823.830	-	1.199.295.436	713.224.771	11.854.451.741
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	1.431.251.198	5.100.737.664	-	6.613.615.530	-	13.145.604.392
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	1.944.361.973	3.155.943.086	-	828.835.481	368.970.047	6.298.110.587
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	120.784.764	6.139.275.956	-	217.608.025	-	6.477.668.746
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	2.467.193.358	-	-	-	2.467.193.358
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	694.602.476	5.119.614.133	472.639.695	3.002.938.918	1.339.559.823	10.629.355.045
16	CAMA UCI ADULTOS	-	9.223.621.634	-	-	-	9.223.621.634
17	CAMA UCI NEONATAL	-	2.462.053.806	-	-	-	2.462.053.806
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	3.116.661.438	-	-	-	3.116.661.438
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	-	425.592.456	-	-	-	425.592.456
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	-	3.693.090.472	-	1.390.399.418	-	5.083.489.890
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	-	1.444.350.396	-	-	-	1.444.350.396
22	QUIROFANO BASICO	722.610.548	4.990.455.643	434.352.006	753.121.814	517.013.523	7.417.553.534
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	2.248.668.409	3.021.972.284	-	1.154.587.436	-	6.425.228.130
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	1.870.333.068	7.152.552.167	-	2.918.232.450	-	11.941.117.686
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	372.249.821	4.268.920.273	-	427.163.738	-	5.068.333.832
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	5.320.762.204	-	16.341.925	-	5.337.104.129
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	518.474.945	-	-	-	518.474.945
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	2.580.488.339	-	-	-	2.580.488.339
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	773.864.000	-	-	-	773.864.000
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	383.379.912	-	-	-	383.379.912

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 19. Costos unitarios Subred Sur

COSTO UNITARIO POR TIPOLOGIA, POR ESE Y SUBRED SUR AÑO 2015							
TIPO DE PRODUCTO	TIPO DE PRODUCTO	MEISSEN	TUNAL	NAZARETH	TUNJUELITO	VISTA HERMOSA	USME
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	26.858	-	7.977	22.006	38.787	20.235
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	30.203	-	-	26.126	-	38.921
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	107.276	152.107	-	48.002	-	-
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	157.576	294.051	503.936	102.822	120.628	95.327
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	110.026	94.845	-	115.142	-	-
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	46.775	-	165.345	39.058	22.803	29.503
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	30.226	-	-	15.996	-	7.542
9	CAMA BASICO	-	-	-	-	-	-
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	725.450	832.712	2.901.156	355.613	262.958	2.180.657
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	814.219	925.576	-	861.779	-	-
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	718.540	2.148.494	-	637.158	1.524.974	-
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	649.864	1.724.547	-	390.252	-	-
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	-	-	-	5.519.672	-
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	428.198	259.892	1.088.217	427.592	386.701	747.994
16	CAMA UCI ADULTOS	6.080.592	10.966.295	-	-	-	-
17	CAMA UCI NEONATAL	2.608.505	51.481.944	-	-	-	-
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	8.000.934	-	-	-	-
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	-	3.227.642	-	-	-	-
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	1.939.279	6.989.859	-	1.749.907	-	-
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	1.862.171	12.018.407	-	6.114.258	-	-
22	QUIROFANO BASICO	594.003	1.011.496	29.029.009	703.900	2.090.341	9.145.746
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	406.448	701.078	-	508.173	-	-
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	817.437	1.409.989	-	1.022.025	-	-
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	1.232.118	2.155.955	-	1.540.491	-	-
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	1.494.913	2.996.105	-	1.869.059	-	-
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	637.743	-	-	-	-
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	1.282.611	-	-	-	-
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	1.961.187	-	-	-	-
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	2.725.438	-	-	-	-

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 20. Costos unitarios Subred Norte

COSTO UNITARIO POR TIPOLOGIA, POR ESE Y SUBRED NORTE AÑO 2015						
TIPO DE PRODUCTO	TIPO DE PRODUCTO	CHAPINERO	SUBA	USAQUEN	ENGATIVA	SIMON BOLIVAR
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	42.285	33.743	26.956	51.871	-
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	20.016	20.278	-	36.894	80.471
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	137.216	69.784	2.806	48.569	99.433
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	129.312	96.435	299.555	155.760	227.091
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO		75.552		295.966	73.572
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	34.709	30.205	41.150	28.830	-
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	20.802	101.617	21.731	28.085	59.280
9	CAMA BASICO	-	-	-	-	-
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1.986.955	1.048.657	-	591.165	2.084.255
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA		1.362.237		561.273	2.884.444
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	-	786.394		1.425.704	1.985.093
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO		770.391		1.655.787	1.979.093
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL					4.258.699
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	218.754	536.613	321.882	151.772	219.099
16	CAMA UCI ADULTOS		3.708.608		5.291.674	13.116.034
17	CAMA UCI NEONATAL		8.805.096		2.969.986	8.533.335
18	CAMA UCI PEDIATRICA					14.859.658
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA					3.780.596
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS		2.146.901		1.193.320	1.062.488
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL		2.945.885		1.056.085	3.212.556
22	QUIROFANO BASICO	7.658.583	809.292	2.615.450	555.514	2.149.570
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6		446.975		358.648	540.224
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10		898.944		721.303	1.086.485
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13		1.354.972		1.087.216	1.661.298
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23		1.643.971		1.319.105	2.308.687
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6					193.541
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10					389.244
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13					595.177
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23					827.111

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 21. Costos unitarios Subred Centro-Oriente

COSTO UNITARIO POR TIPOLOGIA, POR ESE Y SUBRED CENTRO ORIENTE AÑO 2015							
TIPO DE PRODUCTO	TIPO DE PRODUCTO	CENTRO ORIENTE	LA VICTORIA	RAFAEL URIBE URIBE	SAN BLAS	SAN CRISTOBAL	SANTA CLARA
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	31.001	-	42.137	-	32.185	-
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	368.748	24.605	-	30.958	-	55.613
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	620.130	98.157	-	66.898	110.470	146.684
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	180.596	462.130	160.187	114.259	532.535	263.328
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	101.237	-	82.915	-	155.526
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	31.867	-	199.289	-	41.065	-
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	12.799	54.600	-	-	-	-
9	CAMA BASICO	-	-	-	-	-	-
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	19.432	999.973	4.542.553	1.360.422	1.337.622	-
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	1.310.670	1.130.239	-	1.439.889	-	1.850.008
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	1.210.364	1.034.215	-	1.163.922	-	1.512.418
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	204.941	1.111.288	-	1.986.287	-	2.115.141
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	1.793.295	-	1.438.310	-	6.550.616
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	-	1.769.032	299.687	792.049	-	759.758
16	CAMA UCI ADULTOS	-	6.606.217	-	-	-	8.699.055
17	CAMA UCI NEONATAL	-	7.804.999	-	-	-	-
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	-	-	-	-	10.920.154
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	639.124	3.614.547	-	-	-	4.469.991
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	-	6.940.986	-	3.126.773	-	5.360.718
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	-	1.705.584	-	3.905.802	-	-
22	QUIROFANO BASICO	-	921.680	5.673.953	1.654.053	12.511.667	-
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	1.554.825	531.514	-	558.104	-	569.103
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	3.127.022	1.068.967	-	1.122.445	-	1.144.565
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	4.713.340	1.634.513	-	1.691.854	-	1.750.106
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	5.718.637	2.271.463	-	2.052.705	-	2.432.102
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	612.136	-	-	-	699.064
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	1.231.111	-	-	-	1.405.939
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	1.882.440	-	-	-	2.149.762
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	2.616.005	-	-	-	2.987.499

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 22. Costos unitarios Subred Suroccidente

COSTO UNITARIO POR TIPOLOGIA, POR ESE Y SUBRED SUR OCCIDENTE AÑO 2015						
TIPO DE PRODUCTO	TIPO DE PRODUCTO	BOSA	KENNEDY	DEL SUR	FONTIBON	PABLO VI BOSA
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	-	-	48.147	51.998	27.132
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA			112.171	26.907	29.298
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	50.387	128.228	396.561	75.320	63.498
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	239.366	327.832	169.274	84.310	178.328
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	194.868		39.145	
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO		52.424	18.829	24.849	28.330
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO		75.609	-	41.324	-
9	CAMA BASICO	-	-	-	-	-
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	444.770	1.349.305	705.869	700.932	1.613.560
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	1.102.659	1.927.716		2.124.515	
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	838.087	1.570.902		1.069.465	968.078
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	552.250	1.772.333		811.972	
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL		4.051.221			
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	463.687	447.597	152.661	476.430	290.262
16	CAMA UCI ADULTOS		22.118.997			
17	CAMA UCI NEONATAL		5.659.894			
18	CAMA UCI PEDIATRICA		24.735.408			
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA		2.418.139			
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS		15.452.261		2.196.524	
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL		2.766.955			
22	QUIROFANO BASICO	473.222	1.140.676	6.786.750	612.792	716.085
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	782.146	846.965		634.737	
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	1.573.030	1.703.394		1.276.567	
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	2.371.018	2.604.588		1.924.161	
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23		3.619.566		2.334.561	
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6		460.049			
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10		925.238			
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13		1.414.742			
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23		1.966.051			

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Figura 5. Consultorio básico

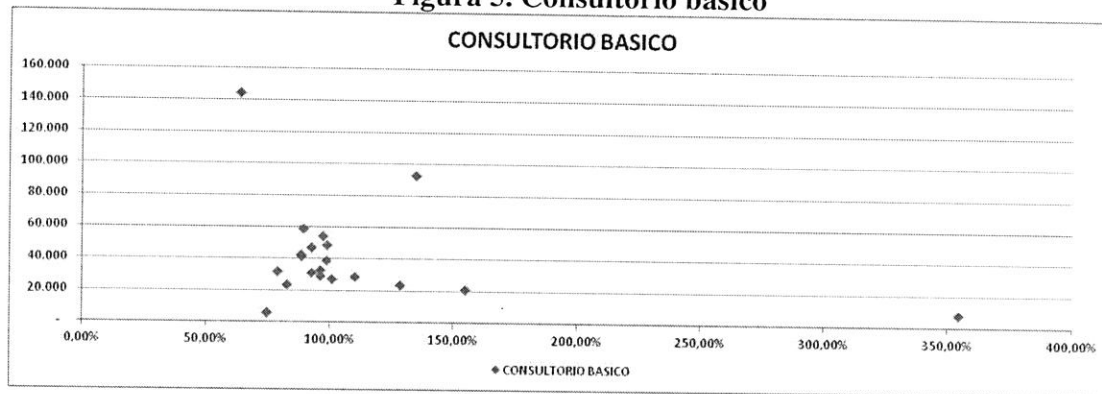


Figura 6. Consultorio especializado y supraespecializado

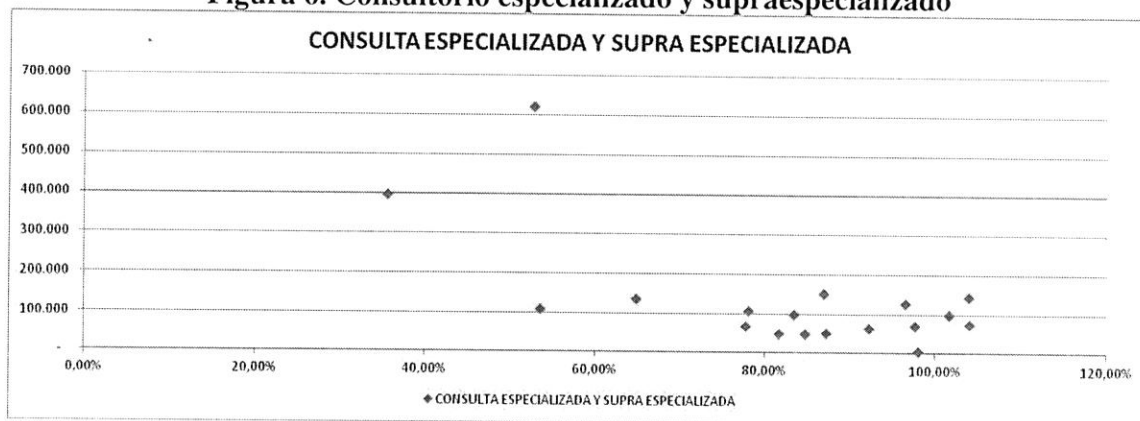


Figura 7. Consultorio de urgencias básico

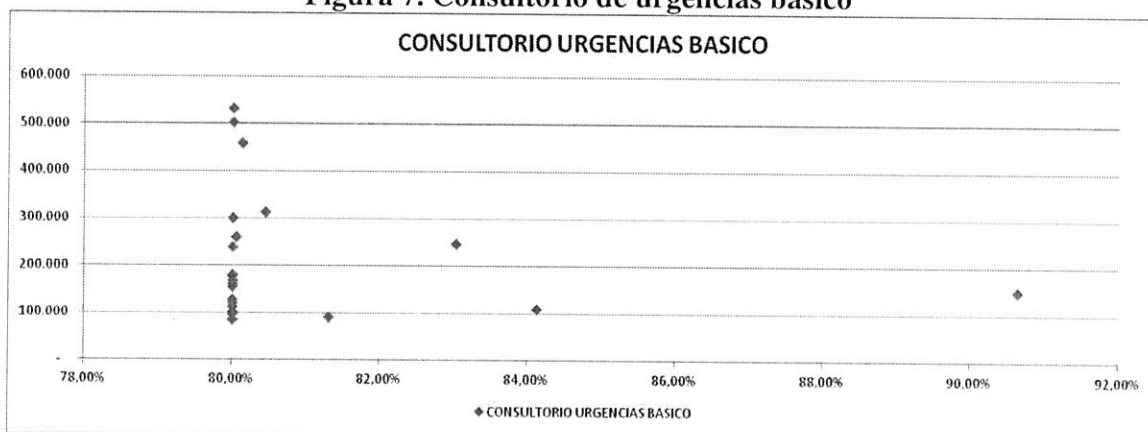


Figura 8. Consultorio de urgencias especializado

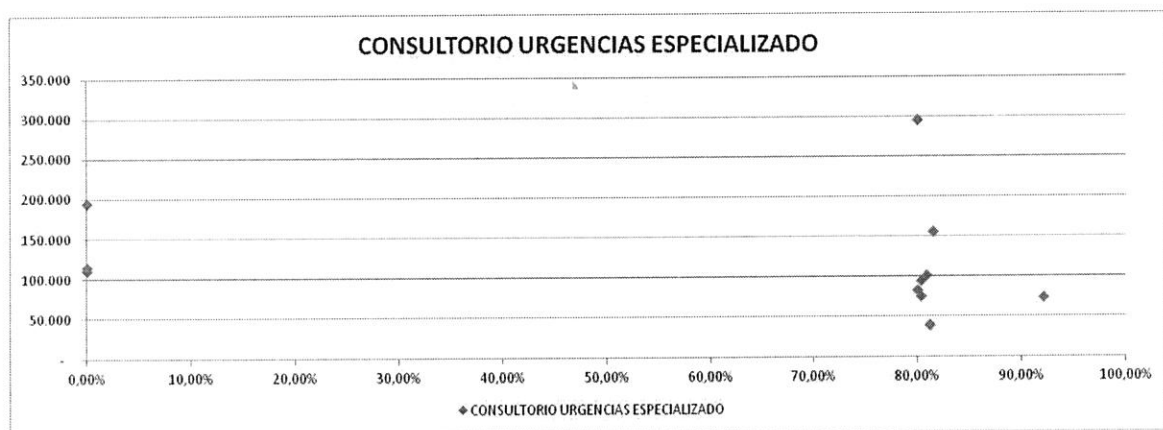


Figura 9. Consultorio odontológico

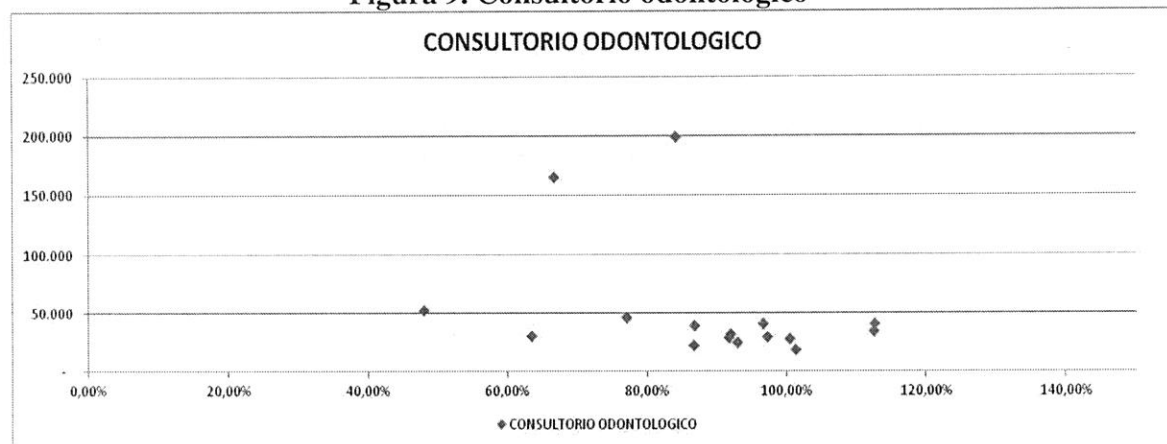


Figura 10. Consultorio odontológico especializado

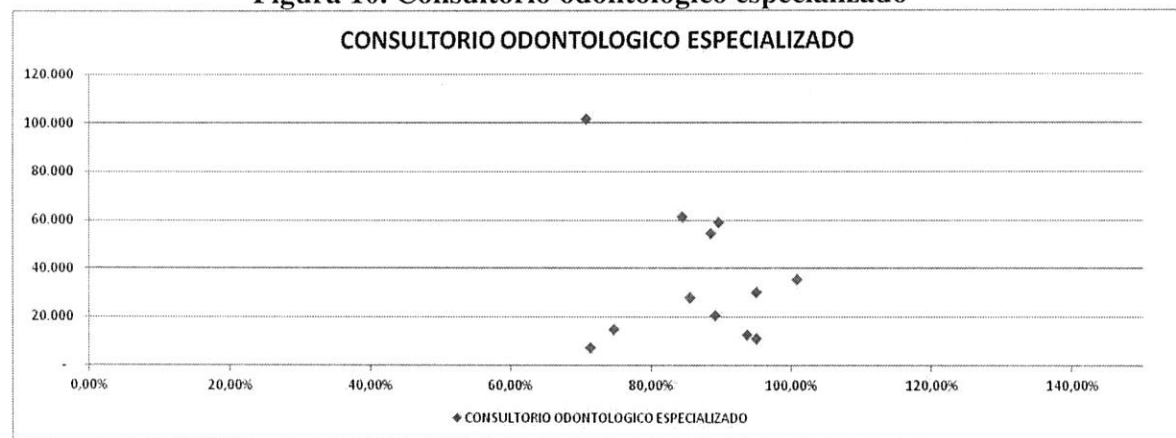


Figura 11. Cama observación urgencias

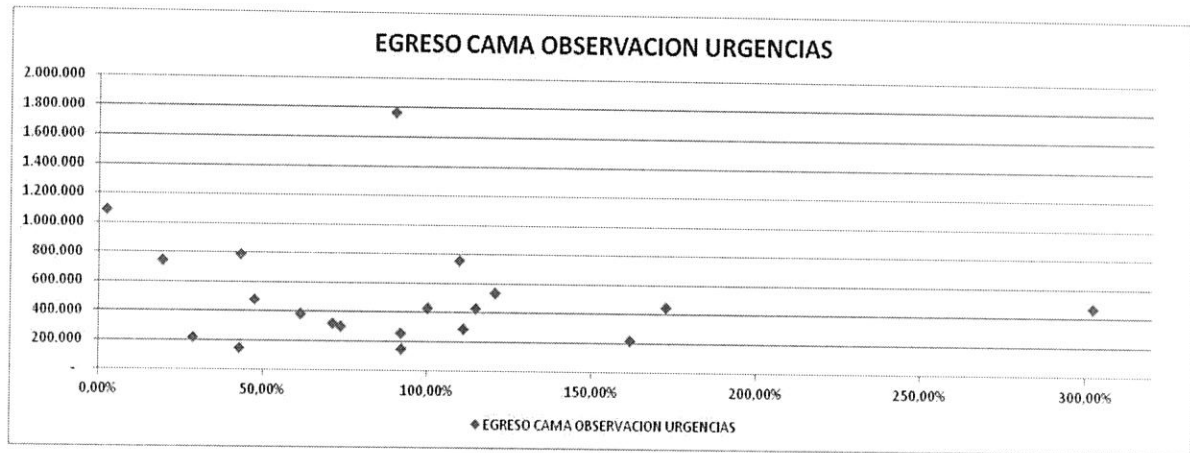


Figura 12. Cama UCI adultos

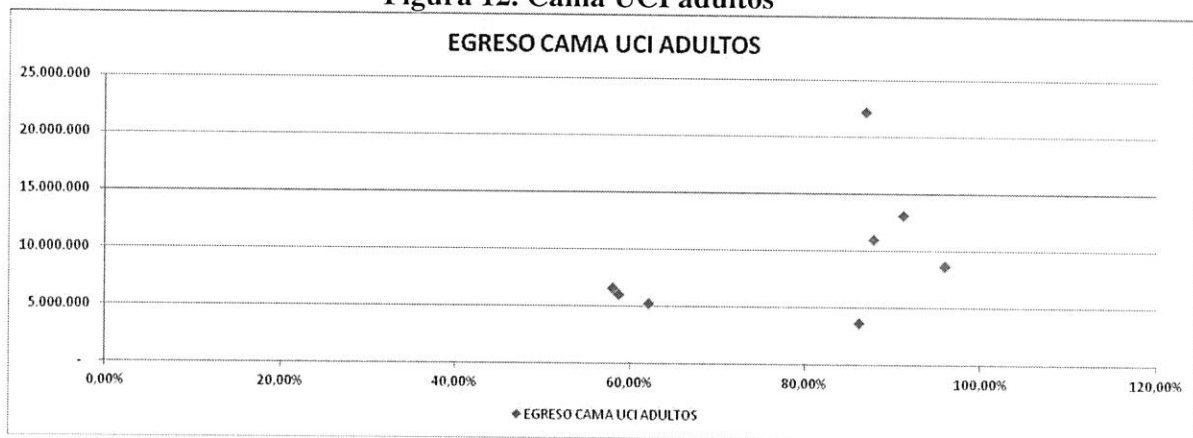


Figura 13. Cama UCI neonatal

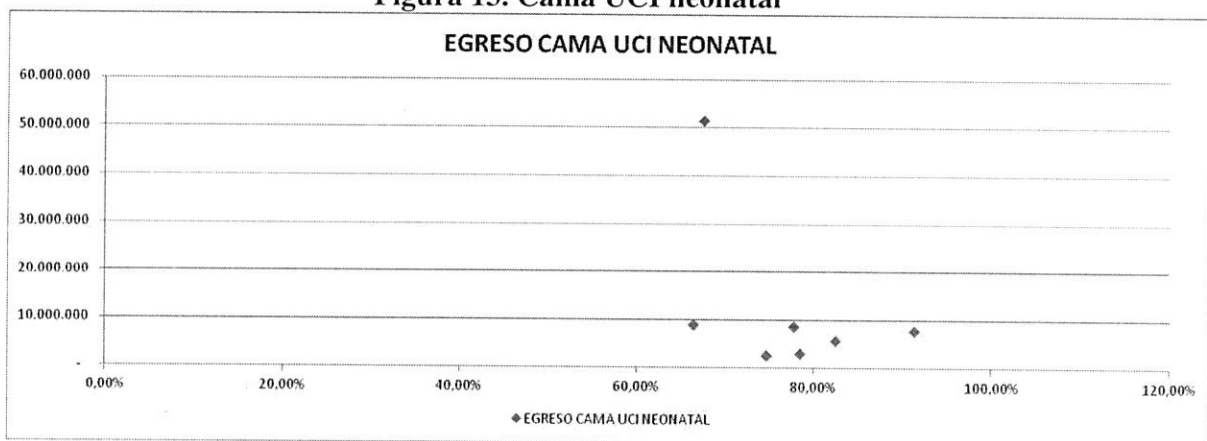


Figura 14. Cama UCI pediátrica

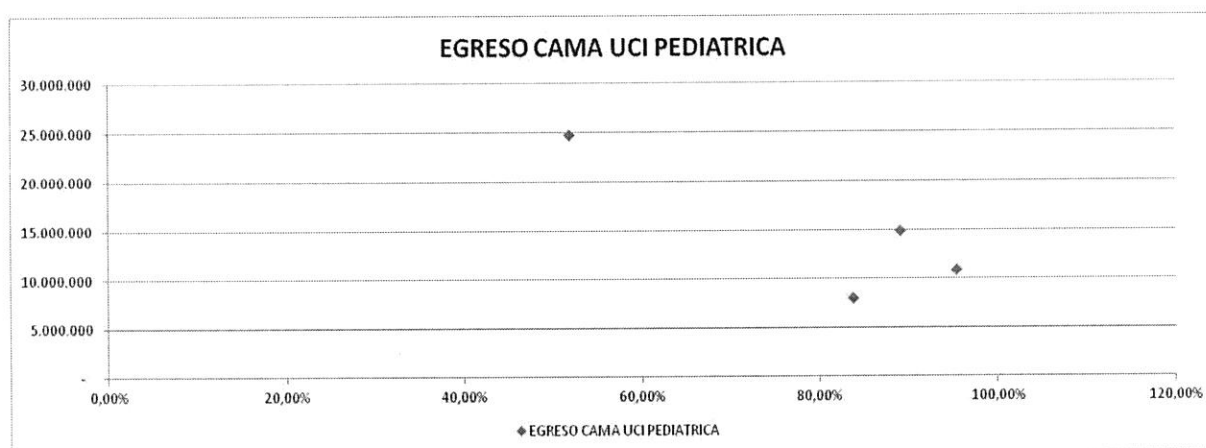


Figura 15. Cama UCI intermedios adultos

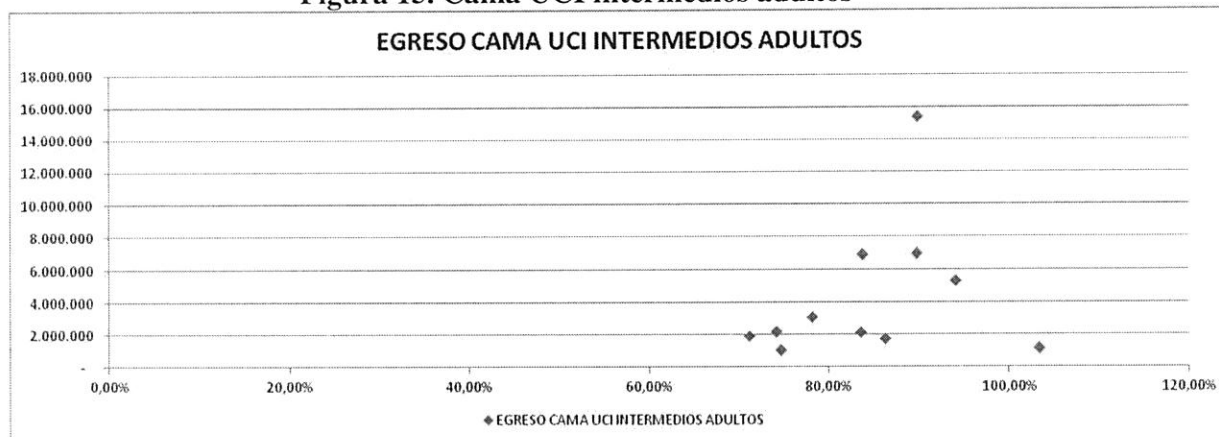


Figura 16. Cama UCI intermedios neonatal

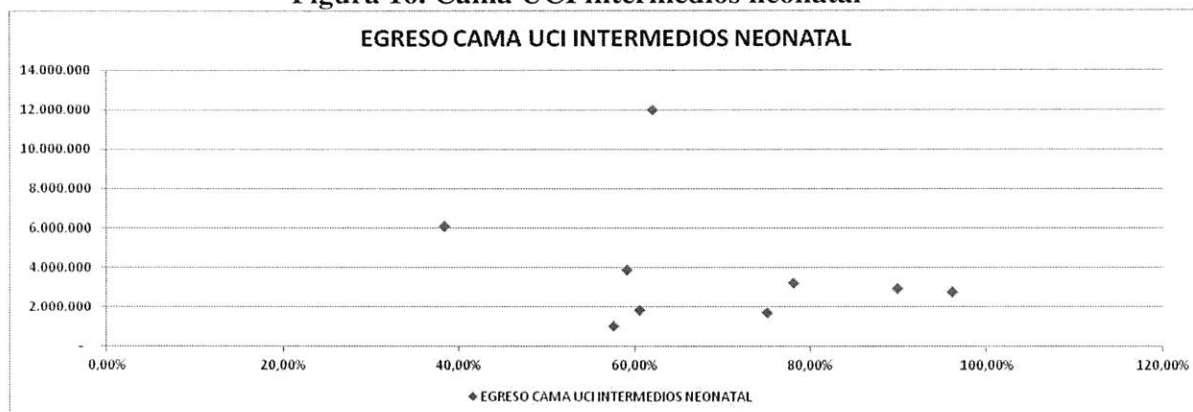


Figura 17. Cama UCI intermedios pediátrica

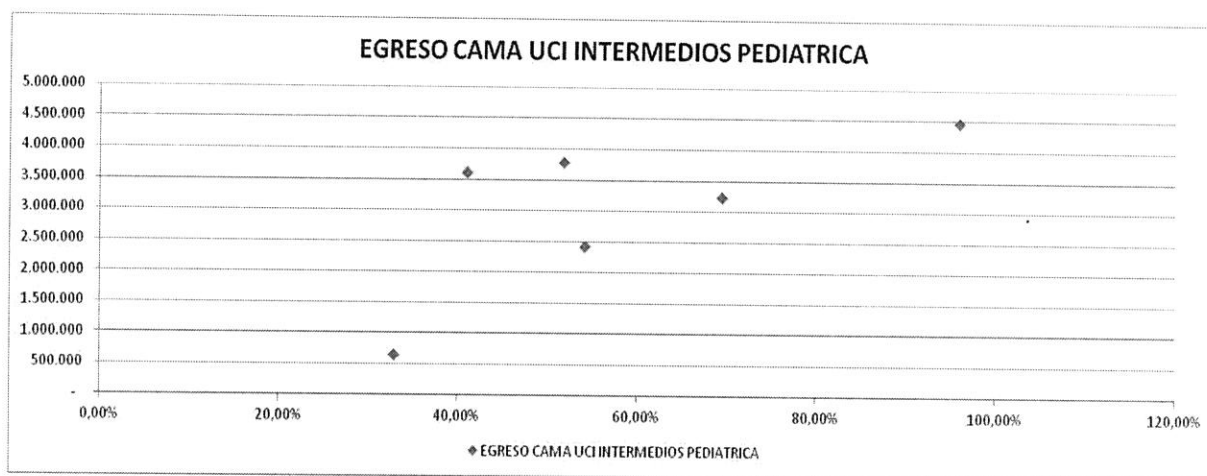


Figura 18. Quirófano especializado grupos 2-6

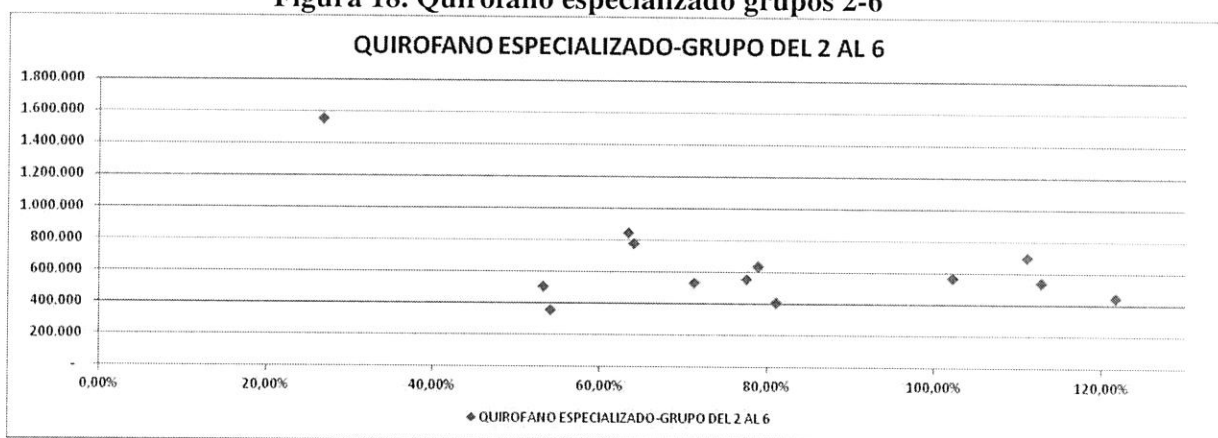


Figura 19. Quirófano especializado grupos 7-10

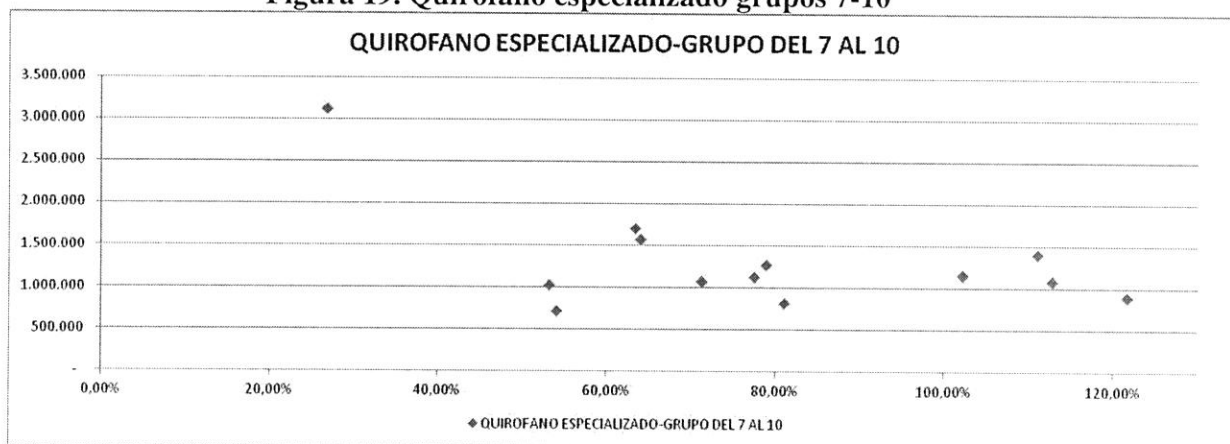


Figura 20. Quirófano especializado grupos 11-13

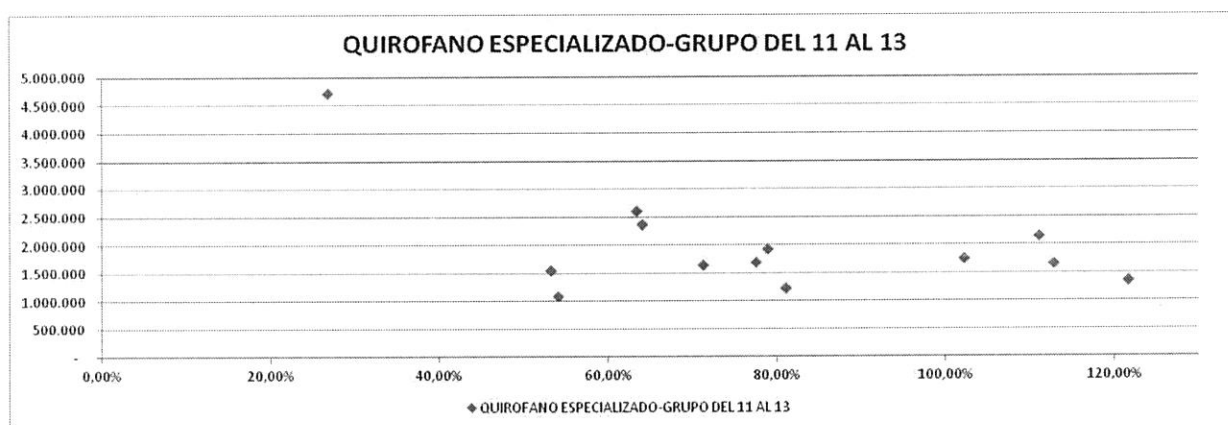


Figura 21. Quirófano especializado grupos 20-23

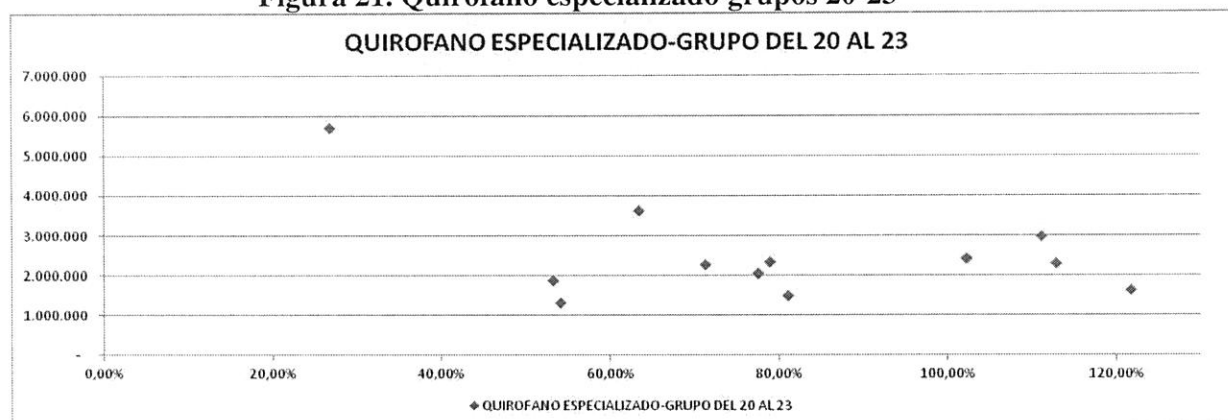


Figura 22. Quirófano supraespecializado grupos 2-6

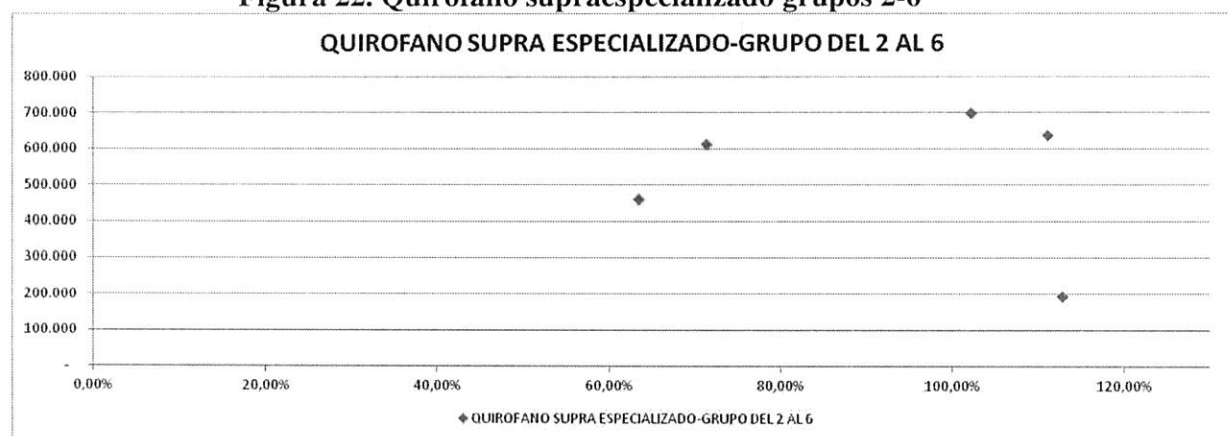


Figura 23. Quirófano supraespecializado grupos 7-10

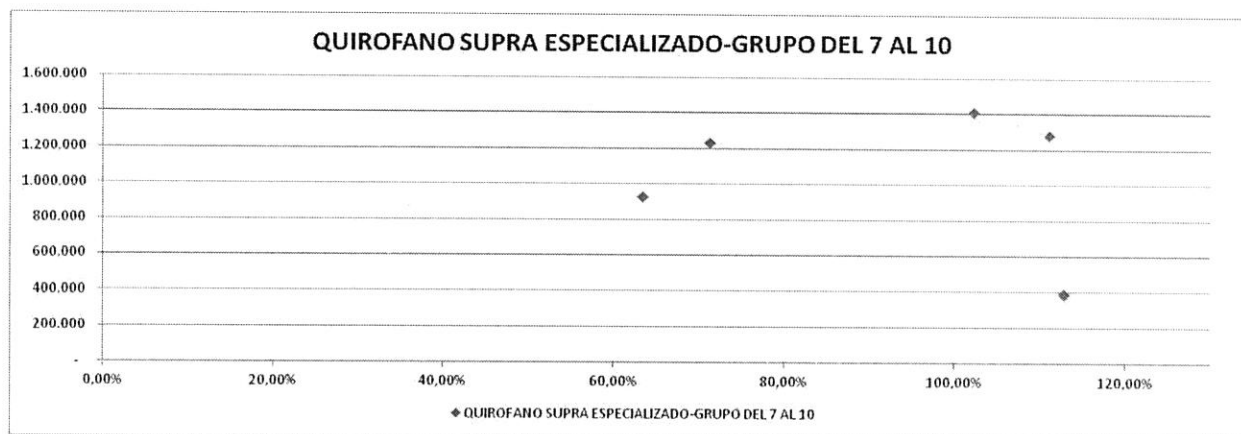


Figura 24. Quirófano supraespecializado grupos 11-13

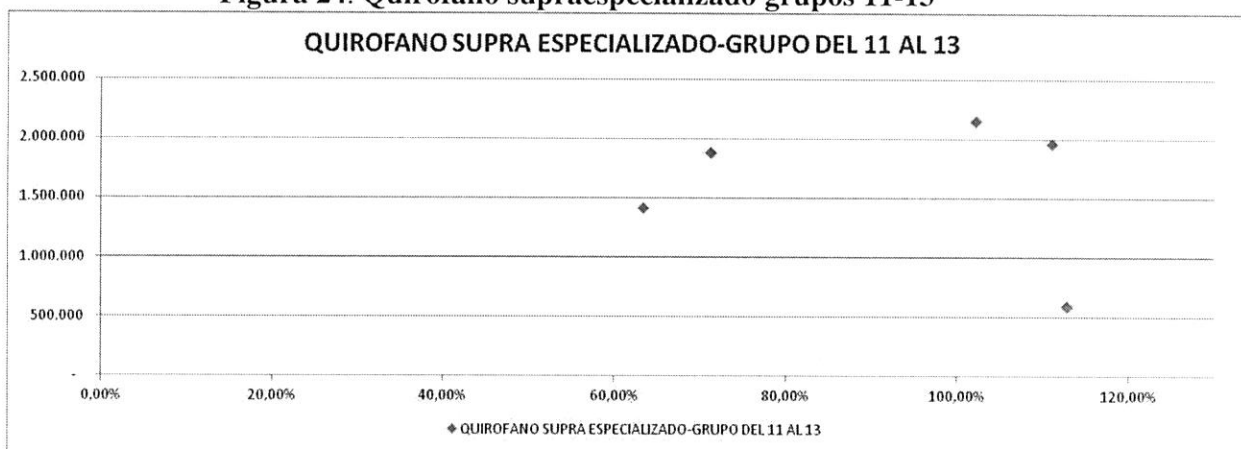
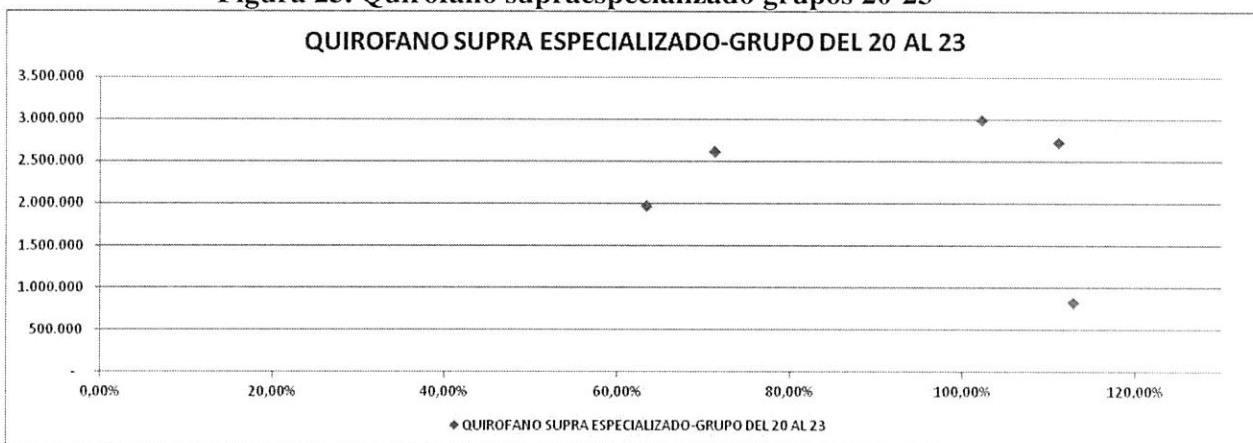
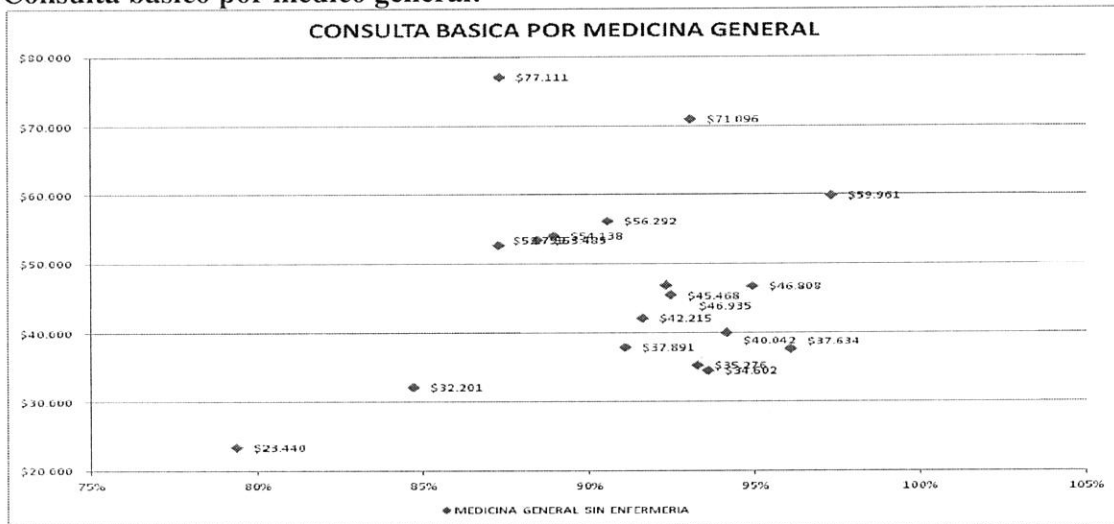


Figura 25. Quirófano supraespecializado grupos 20-23

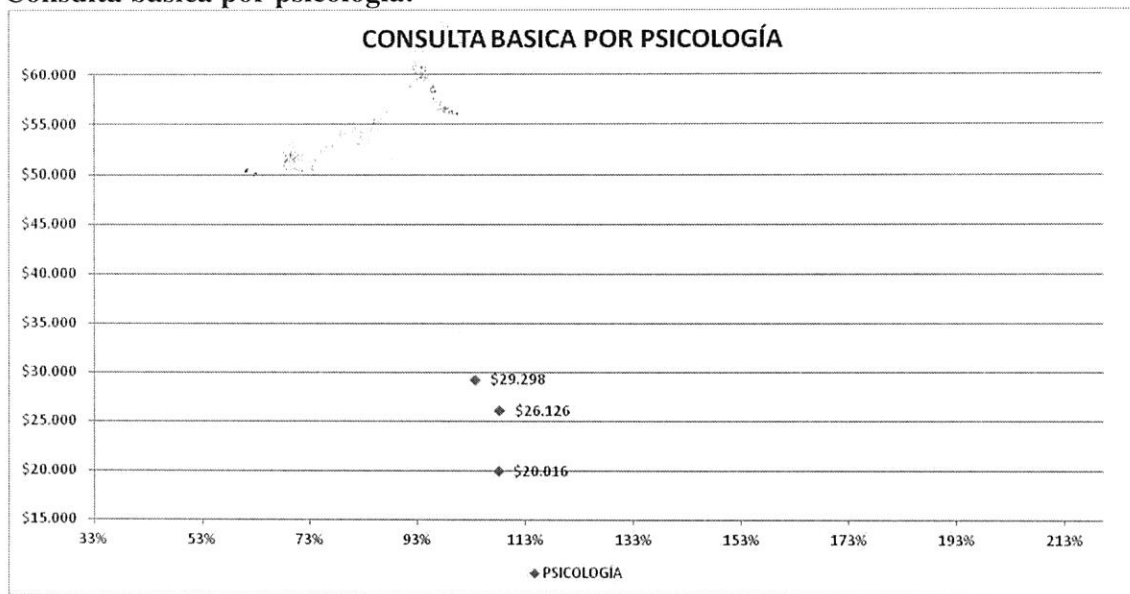


Estimación consulta básica por medicina general, enfermería y psicología

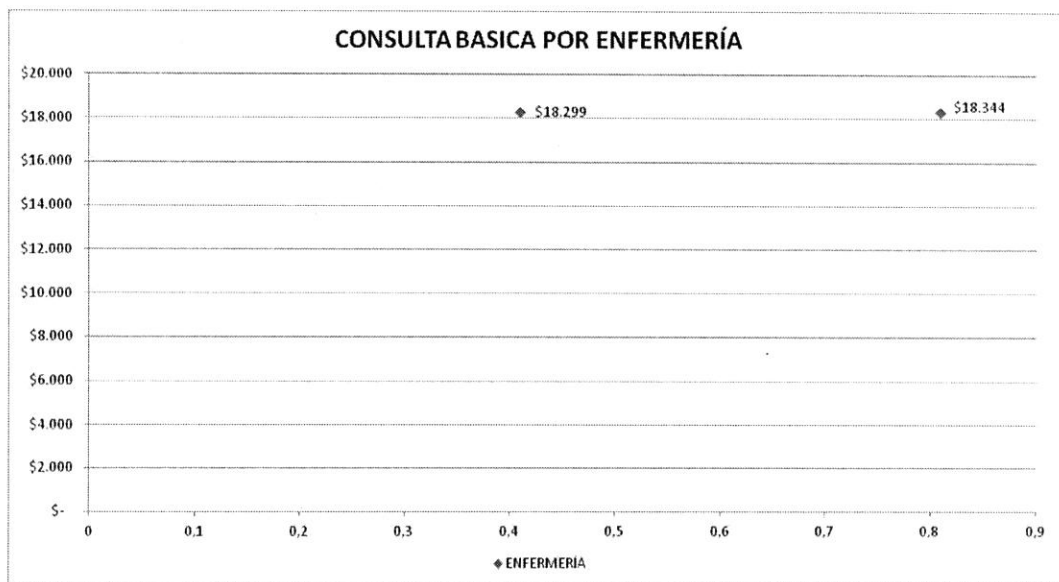
Consulta básico por médico general:



Consulta básica por psicología:



Consulta básica por enfermería:




ANEXO 4 TABLA DE NEGOCIACION SERVICIOS
CONTRATO # 003 - 2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

MODALIDAD DE CONTRATO	PGP
IDENTIFICACIÓN	900959051-7
OBJETO	Prestar servicios de salud de baja, mediana y alto nivel de complejidad, a los afiliados de CAPITAL SALUD EPS-S SAS asignados en el periodo y que se encuentran debidamente registrados en la BASE DE DATOS ÚNICA DE AFILIADOS (BDUA), y los cuales tienen derecho al PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS) definidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social para el Régimen Subsidiado y Contributivo por movilidad.
PESO ARCHIVOS	1.15 MB
TIPO ARCHIVO	1 libros Excel – 24 páginas-4221 Servicios

LA ENTIDAD**EL CONTRATISTA**

OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
REPRESENTANTE LEGAL
CAPITAL SALUD E.P.S-S S.A.S



YIYOLA YAMILE PEÑA RÍOS
REPRESENTANTE LEGAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD CENTRO ORIENTE



CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTOR MEDICO
CAPITAL SALUD EPS-S



JOSE DIONISIO VARGAS
SUBDIRECCION SUCURSAL BOGOTA
CAPITAL SALUD EPS-S

ANEXO 4B – TABLA DE INSUMOS EXCLUIDOS
CONTRATO No 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

- Los insumos a continuación relacionados quedan excluidos del contrato No. y serán facturados por la Subred a precio de compra.
- El Material de Osteosíntesis será cobrados a Precio de Factura

No	DESCRIPCION
1	AGUJA DE ASPIRACION MEDULA OSEA ADULTO Y PEDIÁTRICA DIFERENTES MEDIDAS
2	AGUJA DE BIOPSIA DIFERENTES MEDIDAS
3	AGUJA DE BIOPSIA MEDULA OSEA TODAS LAS MEDIDAS
4	AGUJA PARA ANGIOGRAFIA TODAS LAS MEDIDAS
5	AGUJA TRUCUT DE BIOPSIA DIFERENTES CALIBRES Y LONGITUDES
6	ALQUILER ASPIRADOR ULTRASONICO PARA TEJIDO SELECTIVO
7	ALQUILER DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA
8	ALQUILER DE EQUIPO MEDICO SHAVER
9	ALQUILER EQUIPO MEDICA DRILL
10	ANILLO DE TENSION CAPSULAR
11	ANILLOS INTRAESTROMALES INSUMO ESPECIAL
12	APOSITO PARA SISTEMA DE DRENAJE DE PRESION NEGATIVA PARA HERIDAS ABDOMINAL
13	ASA SNARE 1000
14	BALONES DE DILATACIÓN ESOFAGICA DE DIFERENTES TAMAÑOS
15	BARRA MESA ALEACION TITANIO
16	BARRA P/ESTABILIZADOR DE CONEXION TRANSVERSAL
17	BARRA PARA USS TODOS LOS DIAMETROS Y MEDIDAS
18	BISTURI ULTRASONICO
19	BOLSA LINER 3000 DIFERENTES MEDIDAS
20	BOTON PARA GASTROSTOMÍA QUIRÚRGICA ADULTO Y PEDIATRICO DE DIFERENTES MEDIDAS
21	CABLE CONECTOR
22	CABLECONECTOR DUODECAPOLAR
23	CAMISA GUIA SENO CORONARIO TODAS LAS REFERENCIAS
24	CANISTER PARA TERAPIA DE PREIÓN NEGATIVA DE DIFERENTES CAPACIDADES
25	CANULA CARDIOPLEJIA ANTEROGRADA TODAS LAS MEDIDAS
26	CANULA DE CARDIOPLEJIA ANTEROGRADA CON EXTENSION TODAS LAS MEDIDAS
27	CANULA FEMORAL VENOSA TODAS LAS MEDIDAS
28	ASA SNARE 1000
29	CATETER DE DIALISIS PERITONEAL ADULTO PEDIATRICO DIFERENTES MEDIDAS
30	CERA PARA HUESO TODOS LOS CALIBRES
31	CINTA PARA INCONTINENCIA URINARIA CON DISPOSITIVO PARA COLOCACIÓN TVT Y TOT
32	CIRCUITO DE ALTO FLUJO ADULTO Y PEDIATRICO TODAS LAS REFERENCIAS
33	CLAVO KISCHNER TODAS LAS MEDIDAS
34	DBX PUTTY DEBE SER EN TODOS LOS TAMAÑOS Y TIPOS DE ESPUMA DE ACUERDO A LA POROSIDAD Y COMPOSICIÓN YA MENCIONADO EN
35	FIJADOR ABSORBIBLE PARA MALLA QUIRÚRGICA DIFERENTES MEDIDAS Y DISPAROS

Q

ANEXO 4B – TABLA DE INSUMOS EXCLUIDOS
CONTRATO No
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

36	FRESA DE CARBONO
37	FRESAS CORTANTES TODAS LAS MEDIDAS
38	GANCHO CLIP ANEURISMA RECTO TODAS LAS MEDIDAS
39	GANCHO DERECHO CORTICAL
40	INJERTO RECTO DIFERENTES LONGITUDES, TAMAÑOS
41	INJERTOGORETEX DIFERENTES CALIBRES Y LONGITUDES
42	KIT DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA ADULTO Y PEDIÁTRICO DE DIFERENTES CALIBRES
43	KIT DE IMPLANTE COMPONENTE INTERNO CONDUCCION OSEA DE CAMBIO
44	KIT PARA SISTEMA DE PRESION NEGATIVA XLARGE ESPUMA DE TODOS LOS TAMAÑOS Y TIPOS DE ESPUMA DE ACUERDO A LA POROSIDAD Y COMPOSICIÓN
45	LENTE INTRAOCULAR CAMARA POSTERIOR
46	LENTE INTRAOCULAR FAQUICO
47	LENTE INTRAOCULAR PLEGABLE PODERES BAJOS MENORES A 0
48	LENTE INTRAOCULARES RIGIDOS
49	LIGACLIP DE TITANIO DE DIFERENTES TAMAÑOS
50	LIGACLIP PARA LIGADURA EN POLIMERO NO ABSORBIBLE TODOS LOS TAMAÑOS (CIERRE DE VASOS) HEM-O-LOCK MORADO
51	LIGACLIP TODAS LAS MEDIDAS
52	LIGADOR MULTIBANDA DE VARICES ESOFAGICAS
53	LIO ARTISAN MIOP M204
54	MALLA DE POLIPROPILENO PARA LA REPARACION DE LA PARED ABDOMINAL DE DIFERNETES MEDIDAS
55	MALLA DE POLIPROPILENO SISTEMA UNICO 3 EN 1 PARA REPARACION ANTERIOR Y POSTERIOR DIFERENTES MEDIDAS
56	MALLA DOBLE DE POLIPROPILENO SINTETICA QUIRURGICA NO ABSORBIBLE TODAS LAS TALLAS PARA REPARACION DE LA PARED ABDOMINAL.MALLA SUPERIOR TODAS LAS MEDIDAD MALLA INFERIOR TODAS LAS MEDIDAS CONECTOR TODAS LAS MEDIDAS
57	MALLA PROCEED DE DIFERENTES MEDIDAS
58	MALLA QUIRURGICA COMPUESTA DE POLIDIOXANONA MAS CELULOSA OXIDADA REGENERADA Y POLIPROPILENO DE BAJA DENSIDAD PARA REPARACION DE HERNIA VENTRAL/INCISIONAL DE DIFERENTES MEDIDAS
59	MALLA SEPARADORA DE TEJIDOS COMPUESTA DE POLIDIOXANONA POLIGLECAPRONE Y POLIPROPILENO DE BAJA DENSIDAD DE DIFERENTES MEDIDAS
60	MALLA SEPARADORA DE TEJIDOS COMPUESTA DE POLIDIOXANONA POLIGLECAPRONE Y POLIPROPILENO DE BAJA DENSIDAD. DE DIFERENTES MEDIDAS OVALADA
61	MALLA SEPARADORA DE TEJIDOS QUITAR MARCA Y EN DIFERENTES TAMAÑOS, FORMAS, POROSIDAD Y DENSIDAD CUANDO REQUIERE ESTAR EN CONTACTO CON ORGANOS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL
62	MALLAS DE BAJA DENSIDAD PARCIALMENTE ABSORVIBLE DE POLIPROPILENO DE DIFERENTES MEDIDAS
63	MEMBRANA DE DOBLE CAPA BIOLOGICA PARA LA REPARACION DE DURAMADRE TODAS LAS MEDIDAS
64	NEUROPATCH TODAS LAS MEDIDAS
65	SISTEMA DE DRENAJE DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO MONITOREO BECKER EXTERNO
66	SONDA DE ALIMENTACION PUNTA TUNGSTENO DIFERENTEAS CALIBRES
67	SONDA DE GASTROSTOMIA DIFERENTES CALIBRES
68	STENT BILIAR AUTOEXPANDIBLE DIFERENTES MEDIDAS
69	STENT BILIAR DIFERENTES MEDIDAS, MATERIALES

ANEXO 4B – TABLA DE INSUMOS EXCLUIDOS
CONTRATO No
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

70	TORNILLO BLOQ SYNAPSE
71	TORNILLO CANULADO ROSCA CON ARANDELA TODOS LOS CALIBRES Y MEDIDAS
72	TORNILLO CORTICAL AUTORROSCANTE TODAS LAS MEDIDAS
73	TORNILLO EMERGENCIA DIFERENTES MEDIDAS
74	TORNILLO SYNAPSE TODAS LAS MEDIDAS
75	TORNILLO TITANIO TODAS LAS MEDIDAS
76	TORNILLOS TODAS LAS MEDIDAS
77	TUBO DE VENTILACION
78	TUBO DE VENTILACION EN T
79	TUBO VENTILACION DIABOLO TODAS LAS MEDIDAS (OIDO)
80	TUERCA INTERNA TODAS LAS MEDIDAS
81	KIT DE LIGADURA DE VARICES
82	BALON DE DILATACION PARA COLON, ESOFAGO O BILIAR
83	CANASTILLA DE LITOTRIPSIA
84	INJERTO DACRON
85	INJERTO GORETEX
86	INJERTO VASCULAR
87	INTRODUCTOR CUALQUIER REFERENCIA
88	CUCHILLA CON TECNOLOGIA ULTRASONIDO PARA SELLAR VASOS PUNTA COMBINADO TODAS LAS REFERENCIAS Y MEDIDAS
89	CUCHILLA DE CORTE
90	CUCHILLA DE SHAVER LARINGEA CURVA TODAS LAS MEDIDAS
91	CUCHILLA DE TODAS LAS MEDIDAS
92	CUCHILLA PARA DERMATOMO ELECTRICO PADGETT ESTERIL
93	DISPOSITIVO PARA RETRACCIÓN Y SEPARACIÓN DE HERIDAS DE DIFERENTES TAMAÑOS
94	DREN DE SILICONA PLANO ACANALADO CON LINEA RADIOPACA DIFERENTES CAPACIDAD DE RESERVORIO ESTERIL CON RESERVORIO
95	ENDOGRAPADORA DE DIFERENTES CALIBRES
96	FILTRO DESLEUCOCITADOR DE GLOBULOS ROJOS ADULTO
97	FILTRO DESLEUCOCITADOR PARA INFUSION DE PLAQUETAS
98	FILTRO EXHALATORIO NEONALTAL
99	FILTROS FX (SEPARADOR DE PLASMA)
100	FILTROS PARA SEPARACIÓN DE PLASMA
101	GRAPADORA CIRCULAR DIFERENTES MEDIDAS
102	GRAPADORA CURVA CORTANTE TRACTO GASTRO INTESTINAL TEJIDO GRUESO
103	GRAPADORA LINEAL CON GRAPA AUTOAJUSTABLE CIRUGIA ABIERTA DIFERENTES TAMAÑOS
104	KIT COLELAP
105	KIT DE TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEO VARIOS CALIBRES
106	KIT GINECOLOGIA-USO MIXTO-(KIT DOBLE ESTRIADO EN Z CON CUCHILA PROTEGIDA Y OBTURADOR CON CUCHILLA)
107	OXIGENADOR ADULTO DRILLTEX
108	OXIGENADOR INFANTIL, NEONATAL, PEDIATRICO
109	PINZA DE BIOPSIA DESECHABLE OVAL PRODUCTOS DESECHABLES PARA ENDOSCOPIA DIFERENTES CALIBRES Y MEDIDAS

ANEXO 4B – TABLA DE INSUMOS EXCLUIDOS
CONTRATO No
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

110	PINZA GRASPER MARGO ERGONOMICO TODAS LAS MEDIDAS
111	PINZAS PARA ENDOSCOPIA EN CANASTILLA PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PEDIATRIA Y ADULTOS
112	RECARGA AJUSTABLE A 3 ALTURAS COMPATIBLE CON GRAPADORA LINEAL CORTANTE DIFERENTES CALIBRES Y MEDIDAS
113	RECARGA PARA ENDOCORTADORA LINEAL CORTANTE TEJIDO GRUESO 6 LINEAS DE GRAPA DIFERENTES MEDIDAS Y CALIBRES
114	RECARGA PARA ENDOCORTADORA LINEAL CORTANTE TEJIDO VASCULAR 6 LINEAS DE GRAPA
115	RECARGA PARA ENDOCORTADORA LINEAL CORTANTE TEJIDO VASCULAR 6 LINEAS DE GRAPA CON PUNTA DIATADORA
116	RECARGA PARA ENDOGRAPADORA LINEAL CORTANTE
117	RECARGA PARA GRAPADORA CURVA CORTANTE
118	SERVICIO ASISTENCIA DE MONITOREO NEUROFISIOLOGICOMULTIMODAL DE CANALES PARA LESION DE PARES INTRACRANEALES NERVIO FACIAL ACUSTICO CON POTENCIALES EVOCADOS
119	SET DE CRAWFORD PAR DACRIOCIISTOSTOMIA
120	TIJERA LAPAROSCOPIA DIFERENTES MEDIDAS
121	TIJERA SUPER JAW DE TECNOLOGIA
122	TIJERA TECNOLOGIA ULTRASONICO LAPAROSCOPIA
123	TIJERA TECNOLOGIA ULTRASONICO PARA CABEZA Y CUELLO
124	TROCAR SIN CUCHILLA CAMISAS ESTABILIZADORA TODAS LAS MEDIDAS
125	TROCAR CON PUNTA DILATADORA CON CUCHILLA LONGITUD TODAS LAS MEDIDAS KIT 2 CAMISAS ESTABILIZADORA 1 TROCAR TODAS LAS REFERENCIA Y MEDIDAS
126	TROCAR KII OPTICO ROSCA EN Z
127	TROCAR TORACICO
128	HEMOCLIPS
129	PINZA CUERPO EXTRAÑO
130	ASA DE POLIPECTOMIA Y AGUJA DE ESCLEROSIS
131	PAPILOTOMO DE ARCO
132	PAPILOTOMO DE CORTE
133	CANASTILLA
134	BALON DE EXTARCCION DE CALCULOS
135	GUIA SAVARI
136	CATETER MULTISNARE (ASA DE RESCATE)
137	CONECTOR DE ATAKAR
138	CONECTOR DE QUOSINA
139	CONECTOR ST JUDE
140	LIGACLIP LT
141	MULTI SNARE (ASA DE RESCATE)
142	PINZA ABLACIÓN AURICULAR
143	PLACA ELECTROBISTURI
144	SISTEMA DE COMPRESION

ANEXO 4B – TABLA DE INSUMOS EXCLUIDOS
CONTRATO No
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

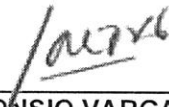
LA ENTIDAD



OMAR PERILLA BALLESTEROS
REPRESENTANTE LEGAL
CAPITAL SALUD EPS-S



CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA MEDICA
CAPITAL SALUD EPS-S



JOSE DIONSIO VARGAS GIRALDO
SUBDIRECTOR BOGOTÁ
CAPITAL SALUD EPS-S

EL CONTRATISTA



YIYOLA YAMILE PEÑA RIOS
REPRESENTANTE LEGAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD CENTRO ORIENTE ESE



ANEXO 5 – SENDAS CONCILIADAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

TIPOLOGÍAS	VALOR DE REFERENCIA VIGENCIA 2022 + INCREMENTO UPC 16.23% RESOLUCION 2809 DE 2022	MINIMA SUBSIDIADO Y MOVILIADAD	MAXIMA SUBSIDIADO Y MOVILIADAD	TECHO
Consultorio Básico	\$ 78.965	17.321	19.246	\$ 1.519.760.390,00
Consultorio Especializado Y Supra especializado	\$ 164.381	14.669	16.299	\$ 2.679.245.919,00
Consultorio Urgencias Básico incluye interconsulta y observación	\$ 216.287	4.165	4.900	\$ 1.059.806.300,00
Consultorio Odontológico Básico	\$ 42.988	5.040	5.600	\$ 240.732.833,40
Consultorio Odontológico Especializado	\$ 65.020	765	850	\$ 55.267.000,00
Egreso Cama Básica	\$ 502.161	131	146	\$ 73.248.547,85
Egreso Cama Especializado Ginecología Y Obstetricia	\$ 1.358.977	122	135	\$ 183.461.895,00
Egreso Cama Especializado Medicina Interna	\$ 1.866.780	549	610	\$ 1.138.735.800,00
Egreso Cama Especializado Pediatría	\$ 1.736.470	459	510	\$ 885.599.700,00
Egreso Cama Especializado Quirúrgico	\$ 1.952.354	326	362	\$ 706.654.530,30
Egreso Cama cuidados intensivos adultos	\$ 12.637.438	47	55	\$ 695.059.090,00
Egreso Cama cuidados intensivos Neonatal	\$ 11.338.644	37	44	\$ 498.900.336,00
Egreso Cama cuidados intensivos Pediátrico	\$ 11.623.309	17	20	\$ 236.534.338,15
Egreso Cama cuidados Intermedios Pediátrica	\$ 4.688.980	20	23	\$ 107.846.540,00
Egreso Cama cuidados Intermedios Adultos	\$ 3.118.820	113	133	\$ 414.803.060,00
Egreso Cama cuidados Intermedios Neonatal	\$ 4.019.702	70	82	\$ 330.924.200,09
Quirófano Básico Parto Y Cesárea	\$ 1.402.637	139	154	\$ 215.865.834,30
Quirófano Especializado-Grupo Del 2 Al 6	\$ 546.023	557	618	\$ 337.687.924,35
Quirófano Especializado-Grupo Del 7 Al 10	\$ 1.207.710	815	905	\$ 1.093.400.248,50
Quirófano Especializado-Grupo Del 11 Al 13	\$ 1.820.298	234	260	\$ 473.823.569,40
Quirófano Especializado-Grupo Del 20 Al 23	\$ 2.443.767	137	152	\$ 371.452.584,00
Hospital Dia	\$ 831.460	122	135	\$ 112.247.100,00
TOTAL TECHO MES				\$ 13.431.057.740

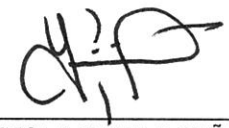
Es de aclarar que el valor del techo no se ajusta al valor total del contrato ya que dicho valor se distribuye entre las sendas, La subred realiza distribución lo más cercano al techo.

Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado.

LA ENTIDAD


OMAR PERILLA BALLESTEROS
 REPRESENTANTE LEGAL
 CAPITAL SALUD EPS-S

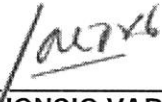
EL CONTRATISTA


YIYOLA YAMILE PEÑA RÍOS
 REPRESENTANTE LEGAL
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
 SALUD CENTRO ORIENTE ESE

ANEXO 5 – SENDAS CONCILIADAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE



CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA MEDICA
CAPITAL SALUD EPS-S



JOSE DIONSIO VARGAS GIRALDO
SUBDIRECTOR BOGOTÁ
CAPITAL SALUD EPS-S

ANEXO 6

CONTRATO # 003-2023

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD CENTRO ORIENTE**

MANUAL DE OPERACIÓN

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

Contenido

1. GUÍA DE AUDITORIA MÉDICA INSTITUCIONAL.....	3
1.1. OBJETIVO GENERAL.....	3
1.2 OBJETIVO DEL AREA DE AUDITORIA	
1.3 DEFINICIONES	
1.4. AUDITORIA CONCURRENTES PARA PRESUPUESTO GLOBAL PROSPECTIVO POR ACTIVIDAD FINAL (PGP)	11
1.5. PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA MÉDICA.....	12
2. DESCRIPTORES DE SENDAS DE PRODUCCION	13
2.1. ACTIVIDAD FINAL CONSULTORIOS BÁSICOS.....	13
2.2. CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRA ESPECIALIZADO.....	14
2.3. URGENCIA BASICA ESPECIALIZADA Y OBSERVACION	14
2.4. CONSULTORIO BÁSICO DE CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL.	15
2.5. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO.	15
2.6. EGRESOS HOSPITALARIOS	15
2.7. QUIRÓFANO:.....	16
2.8. SERVICIO DE HOSPITAL DIA-INTERNACION PARCIAL.....	18
2.9. ATENCIONES PACIENTES RENALES EN DIALISIS-ATENCION RENAL INTEGRAL....	19
3. PROCEDIMIENTO DE FACTURACION Y AUDITORIA DE CUENTAS DEL CONTRATO PGP CON SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS.	20
3.1. CARACTERISTICAS DE LA FACTURA	¡Error! Marcador no definido.
3.2. CARACTERISTICAS DE LA RELACION DE LAS DENDAS DE PRODUCCION	21
3.3. CARACTERISTICAS DEL DETALLADO DE LAS SENDAS DE PRODUCCION	21
3.4. CARACTERISTIFCAS DE LOS SOPORTES	22
3.5. CARACTERISTICAS DEL SOPORTE RIPS	22
3.6. CONCEPTOS PARA OBJETAR UNA ACTIVIDAD FINALI	23
4. PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	23
4.1. OBJETIVO	23
4.2. GESTION DE RADICACION DE CASO:.....	24
4.3. GESTION DE REGULACION DE CASO:.....	25
4.4. MOTIVOS DE NEGACIÓN:.....	26
4.5. GESTION DE UBICACIÓN DE AFILIADO:	26
4.6. COORDINACIÓN DE TRASLADO DE AMBULANCIA PARA TRAMITES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:	26
4.7. SOLICITUD DE OXIGENO PARA EGRESO HOSPITALARIO.	27
5. PLAN DE CONTINGENCIA:	28

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

1. ANEXO GUÍA DE AUDITORIA MÉDICA INSTITUCIONAL

1.1 OBJETIVO GENERAL.

Garantizar que el equipo de auditoría integral implemente los lineamientos institucionales y normativos en los diferentes procesos de auditoría a realizar dentro del contrato cuyo mecanismo de pago de Presupuesto Global Prospectivo por Actividad Final (PGPAF) con enfoque de RIAS.

1.2 OBJETIVO DEL ÁREA DE AUDITORÍA

Evaluar sistemáticamente las actividades asistenciales, administrativas y financieras que hacen parte de la atención en salud de los usuarios, para lograr la calidad esperada dentro de los principios de mejoramiento continuo de la EPS y Subredes, cuidando la eficiencia en las coberturas y la integralidad en la atención de los usuarios en el marco del sistema general de seguridad social en salud.

1.3 DEFINICIONES:

EPS: Entidad Promotora de Salud.

PBS: Plan de Beneficios en Salud.

ARL: Administradora de Riesgos laborales.

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

AMI: Auditoría Médica Institucional de la EPS.

USS: Unidad de servicios de Salud.

CONCURRENCIA: Realizar seguimiento estricto a la calidad de la prestación de los servicios a pacientes internados en el mismo lugar de la hospitalización en las USS de las Subred.

AIU: Atención inicial de urgencias. La AIU comprende todas aquellas acciones realizadas a un usuario con patología de urgencia consistente en:

- a. Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales.
- b. La realización de un diagnóstico de impresión.
- c. La definición del destino inmediato de un usuario con la patología de urgencia.

ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

OBSERVACIONES: Notas en la prestación del servicio detectadas en auditoría, para que, al momento de la revisión de sendas radicadas por la Subred, se facilite la concertación y aceptación final de las sendas por las partes.

DESCUENTO: El generado por la evaluación de los indicadores beta y alfa del contrato, como resultado de la aplicación de la fórmula mediante la herramienta NMR que hace parte de los anexos del contrato.

ACCESIBILIDAD: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de **salud**.

OPORTUNIDAD: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su **salud**.

SEGURIDAD: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

PERTINENCIA: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

CONTINUIDAD: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

GESTIÓN DEL RIESGO: La gestión integral del riesgo en salud es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población.

INCIDENTE: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

COMPLICACIÓN: Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.

INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD: Las infecciones Asociadas al cuidado en Salud (IACS) son las infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución.

INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD PREVENIBLES: Son las infecciones realmente atribuibles a la calidad en la prestación de los servicios, sus causas pueden ser modificadas y mejoradas mediante programas adecuados. En el contexto en el cual se desarrollan hay inexistencia de condiciones de alta susceptibilidad del paciente que predispongan a infecciones o se atribuyan a condiciones mórbidas propias.

INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD NO PREVENIBLES: Son infecciones que no se asocian a la calidad en la prestación de los servicios, sus causas son externas y no pueden ser modificadas por la organización.

ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

COMPLICACIÓN CLÍNICA: Es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

AUDITORÍA MÉDICA INSTITUCIONAL: Es la auditoría que se realiza en forma concurrente o no en las IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) donde se prestan los eventos hospitalarios, con el fin de garantizar una atención segura y con calidad, donde por ende se debe obtener como resultado, atenciones pertinentes desde la capacidad técnico-científica que disminuya el costo, en la cual confluyan las acciones clínicas y administrativas.

AUTORIZACIÓN: Hecho en el cual la EPS-S suministrará un número que, al interior de la entidad, que garantiza el cubrimiento económico a la IPS, parcial o total del servicio que se le brindará al usuario para atenciones por evento.

NOTA: Las definiciones de autorizaciones, anteriormente descritas no aplican para el contrato de PGP, se describen para los casos que requiera dar aplicabilidad al contrato de evento.

IPS (INSTITUCIONES PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD): Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados ante el Ente Territorial. Se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

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 en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

RED: Es el conjunto de IPS que tienen contrato con Capital Salud EPS-S, para la prestación de los servicios de salud a sus Afiliados; para identificarlas se asigna en el sistema de información de la EPS un número denominado Código de IPS.

SUBRED: Subred Integrada de Servicios de Salud Empresa Social del Estado (E.S.E). Creada mediante el acuerdo 641 del Concejo de Bogotá del 2016.

MECANISMO DE PAGO: pago prospectivo: Mecanismo mediante el cual se paga un conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

Presupuesto global prospectivo: Es la suma global que se establece por anticipado para cubrir un periodo determinado, usualmente un año, la provisión de un conjunto de atención o de tecnologías en salud, previamente acordado entre el pagador y el prestador.

Actividad final: Es la agrupación de atenciones en salud equivalente a la totalidad de las actividades desarrolladas en un espacio de atención (consulta, hospitalización y cirugía) en aquellas quedan incluidas todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico entendidas estas como actividades intermedias, Busca facilitar la relación entre prestador y pagador disminuyendo los costos de transacción (autorización, facturación y auditoría).

CUPS: Clasificación Única de Procedimientos en Salud,

COPAGO: Es un pago que hace el afiliado al utilizar un servicio, equivalente a un porcentaje del valor total de ese servicio cuyo monto dependerá del nivel del SISBEN en el que se encuentre clasificado el usuario.

Los servicios que Capital Salud exime de Copago son:

- a. Consulta de Medico General (I nivel).
- b. Odontología General (I nivel).
- c. Tratamiento odontológico de baja complejidad (I nivel).
- d. Medios diagnósticos de baja complejidad (I nivel).
- e. Laboratorios clínicos de baja complejidad (I nivel).
- f. Actividades de Promoción y Prevención.
- g. Tratamientos médicos para Mujeres en estado de embarazo, asociados al manejo de su estado gestacional.
- h. Patologías clasificadas como alto costo.

Los servicios que exigen Copago son:

- a. Hospitalización y cirugía excepto las activadas de promoción, prevención y población menor de un año.
- b. Imágenes diagnósticas de II y III nivel.
- c. Laboratorio clínico de II y III, nivel.

Se encuentran excluidos de cobro de Copago:

- a. Atención de Enfermedades Catastróficas.
- b. Atención de Promoción y Prevención.
- c. Atención Inicial de Urgencias
- d. Control de enfermedades transmisibles.

Población Excluida De Cobro De Copago

- a. Niños durante el primer año de vida.
- b. Población con clasificación 0 o 1 en la Encuesta SISBEN (Cualquier edad).
- c. Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados censales u otros, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel 1 del SISBEN tales como:
- d. Población infantil abandonada mayor de un año.
- e. Población indigente.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

- f. Población en condiciones de desplazamiento forzado.
- g. Población indígena.
- h. Población desmovilizada (El núcleo familiar de la población desmovilizada una vez identificado mediante la encuesta SISBEN, siempre y cuando se identifiquen en el nivel 1 del SISBEN).
- i. Personas de la tercera edad en protección de ancianatos e instituciones de asistencia social.
- j. Población rural migratoria.
- k. Población ROM.
- l. Para la población menor de cinco (5) años y mayor de sesenta y cinco (65), en la ciudad de Bogotá se le eximirá del cobro de copago, este será asumido por la secretaria Distrital de Salud, a través del acuerdo de Gratuidad.

GRATUIDAD: Proyecto donde se benefician los niños entre uno (1) y cinco años, las personas mayores de sesenta y cinco (65) años y las personas en condición de discapacidad severa, excluyéndolas de:

- a. Las cuotas de recuperación que se generan por la prestación de servicios de salud en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, para la población antes descrita e identificada en los niveles 1 y 2 del SISBÉN.
- b. Los copagos que se generan por la prestación de servicios de salud, contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado para la población antes descrita e identificada en el nivel 2 del SISBÉN.

CUOTA DE RECUPERACIÓN: Son los dineros que debe pagar a la IPS toda persona no afiliada a un régimen de Seguridad Social en Salud que necesite atención médica y las personas afiliadas que necesitan atención con servicios no cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud de su régimen respectivo, teniendo en cuenta lo siguiente:

Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.

- a. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 1 del SISBEN o incluidas en los listados censales pagarán 5% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel 2 del SISBEN pagarán un 10% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes. la atención de un mismo evento en el mismo año.
- b. La población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30 % del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento en el mismo año.
- c. Las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS-S, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2.
- d. La población con clasificación del SISBEN 4, 5 y 6 o con capacidad de pago, pagará la totalidad del valor del servicio o tarifa plena.
- e. El valor máximo autorizado para las cuotas de recuperación serán las establecidas en el acuerdo 260 de 2004.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

ESTADO DE SERVICIOS: El estado de servicios del afiliado está determinado por la validez de su afiliación, teniendo en cuenta su activación en las bases de datos del ADRES y las Entidades Territoriales correspondientes, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

El envío de la base de datos de identificación de usuarios georreferenciados no exime a las Subredes de la responsabilidad absoluta de verificación de datos dispuesta por el Gobierno Nacional, distrital y/o departamental de cada una.

Cuando la administradora de los recursos del SGSSS – ADRES – ordene el reintegro de recursos por parte de la EPS por afiliados fallecidos, afiliados activos en otras EPS para la fecha de prestación de servicios, o en auditorías por documentos inexistente la IPS deberá devolver a la EPS, los recursos que por cuenta de tales afiliados recibió el pago de la factura.

En Capital Salud EPS-S tenemos cuatro clasificaciones de Estado de Servicios, ellos son:

- a. **Estado Activo:** Corresponde a los Afiliados que no tienen ninguna inconsistencia en su afiliación y se encuentran activos en la base de datos, es decir que cuentan con los derechos administrativos para acceder a los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.
- b. **Estado Inactivo:** Corresponde a los afiliados que no son reconocidos por la EPS para la prestación de servicios de salud.
- c. **Estado Retirado:** Corresponde a los usuarios que ya no hacen parte de los afiliados de la EPS.
- d. **Estado Suspendido:** Corresponde a los Afiliados que presentan alguna novedad y la atención de los servicios de salud no puede ser prestada.
- e. **Activo no carnetizado:** Corresponde al afiliado en transición de carnetización

ATENCIÓN INICIAL URGENCIAS: Modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la IPS que realiza la atención, principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

- a. La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.
- b. La realización de un diagnóstico de impresión.
- c. La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

TRIAGE: Sistema que permite clasificar a los pacientes que concurren a un servicio de urgencia de acuerdo con la gravedad de su condición.

Método de la medicina para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las

ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

- a. **Triage I:** requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.
- b. **Triage II:** la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.
- c. **Triage III:** la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.
- d. **Triage IV:** el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.
- e. **Triage V:** el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

CÓDIGO AZUL: Código de alarma que se utiliza para informar que una persona requiere atención de salud inmediata porque su vida corre riesgo. Código que permite ofrecer una respuesta oportuna y coordinada.

NIVEL DE ATENCIÓN: Es la forma como se encuentran organizados los niveles de atención en salud y tiene por objetivo cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten en una forma eficiente, con calidad y con los recursos con que se cuenta.

CONTRA REFERENCIA: Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. 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.

INTERCONSULTA: Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud, para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.

IPS DESTINO: Institución Prestadora de Servicios de salud que acepta la remisión del paciente y presta el servicio requerido.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

IPS NO RED: Institución Prestadora de Servicios de Salud que no tiene relación contractual con la EPS para prestar servicios de salud de sus afiliados.

IPS ORIGEN INSTITUCIÓN: Institución Prestadora de Servicios de Salud en la que se encuentra inicialmente el usuario.

IPS RED: Institución Prestadora de Servicios de Salud que tiene relación contractual con la EPS Capital Salud para prestar servicios de salud.

REFERENCIA: Procedimiento por el cual se traslada o envía a un paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

REMISIÓN: Procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se trasfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

1.4 AUDITORIA CONCURRENTE PARA PRESUPUESTO GLOBAL PROSPECTIVO POR ACTIVIDAD FINAL (PGP) CON ENFOQUE DE RIAS

La Auditoria Concurrente se aplica a partir del uso de las guías y protocolos propios de cada Subred, se deberá socializar y concertar el cronograma y personas que generaran dichas auditorias de manera mensual, así como también el reporte de las observaciones en sitio, de tal forma que la Subred verifique, sustente y retroalimente el proceso ajustando de ser necesario.

PREMISAS DEL AUDITOR INSTITUCIONAL

Gestionar concurrentemente el riesgo. Es la visión que debe acompañar al Auditor; detectar oportunamente los desenlaces evitables en términos de prestación de servicios y hacer los acercamientos respectivos con las IPS para evitarlos. Ejemplo de este componente entre otros:

- Las UCI o reanimaciones de pacientes irrecuperables identificados desde el ingreso a hospitalización general.
- Los pacientes que no están siendo atendidos con oportunidad o resolutivez necesaria y que por tanto son susceptibles de sufrir complicaciones.
- Aportar conceptos en los pacientes que van a ser sometidos a Cirugía o cualquier otro procedimiento terapéutico, sin indicaciones claras o con un riesgo mayor al beneficio.
- Identificar las estancias hospitalarias prolongadas y servir de puente entre la IPS y la EAPB para gestionar la ubicación de estos pacientes según se requiera.
- Demás actividades que puedan generar valor a los resultados en la prestación integral de salud.

ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Identificación sucesos de calidad: Debe incluir dentro de la plantilla de observaciones cualquier situación que evidencie que comprometa la seguridad del paciente dentro del proceso de atención.

Verificar pertinencia de estancias o ingresos hospitalarios. Si el paciente es susceptible de manejo ambulatorio, notificar a la IPS la no pertinencia de las estancias, procedimientos e ingresos de los pacientes a hospitalización institucional, identificar e informar sobre ingresos a UCI que no cumplan con los criterios descritos estandarizados según guía del Ministerio.

Deben consignarse en la plantilla de auditoría las observaciones en cuanto a la pertinencia y conciliarse dentro del cronograma acordado mensualmente, con el fin de facilitar la revisión del cumplimiento de sendas en la supervisión del contrato.

Verificar pertinencia de estancias. Verifique todos los días criterios de estancia hospitalaria y gestione los egresos de los pacientes haciendo interfaz entre la IPS y la EPS, según las visitas acordadas dentro del cronograma establecido. Muchos casos pueden ser manejados en forma ambulatoria garantizando el trámite administrativo respectivo, entre otros:

- Egresos en Programa de Atención Domiciliaria.
- Egresos con Oxígeno.
- Egresos con Cirugía Ambulatoria.
- Realización oportuna de procedimientos durante la hospitalización.
- Reingresos por causas ajenas a la atención y que corresponden a la situación propia del paciente.

Lo anterior servirá de enlace entre SUBRED y EPS para gestionar y realizar seguimiento a los casos especiales o requerimientos de las partes.

1.5 PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA MÉDICA

Auditoría Médica Institucional de la EPS. El desarrollo diario de la Auditoría Institucional de la EPS se realizará de la siguiente manera:

- a. **Identificar los pacientes:** La Subred entregará el Censo hospitalario con los datos básicos como: nombre completo, documento de identificación, unidad de servicios, número de cama y fecha de ingreso, el cual deberá notificarse diariamente a la Coordinación médica de la Sucursal Bogotá y al analista de salud de la misma, a los correos coordinacionmedica@capitalsalud.gov.co y fredypq@capitalsalud.gov.co.
- b. **Verificación de las tipologías contratadas según priorización de la EPS.**
- c. **Identificar las tipologías de cobertura de la EPS.** Para esto debe validar los siguientes aspectos en todos los eventos auditados:

Si son eventos derivados de Accidente de Tránsito (SOAT), eventos terroristas o eventos catastróficos naturales (ADRES). Estos eventos objeto de facturación a otro ente diferente a la EPS o en caso de pago del evento son objeto de posterior recobro. Lo anterior dando

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

aplicabilidad a la normatividad vigente o a los cambios que se establezcan en materia relacionada.

Para lo anterior la IPS debe prestar el acceso a la Historia Clínica y administrativo de la identificación del paciente.

- d. Detección e identificación de posibles actividades inseguras, fallos de calidad o eventos adversos prevenibles, para que el Médico auditor institucional de la EPS genere las alertas suficientes a la IPS.

CONDICIONES EN EL PRESTADOR PARA LLEVAR A CABO LA AUDITORÍA MÉDICA INSTITUCIONAL

- Recibir el censo diario completo de los pacientes diarios hospitalizados.
- Garantizar la disponibilidad de un profesional de la salud por parte de la IPS con quien puedan resolverse las dudas, dificultades u objeciones presentadas por el auditor de la EPS durante la evaluación de la atención de los pacientes en la concurrencia, de acuerdo con el cronograma establecido.
- Definir y proveer un sitio y puesto de trabajo en caso necesario cumpliendo con las condiciones físicas, ambientales y tecnológicas para el auditor de la EPS.
- Permitir el acceso del auditor de la EPS a las guías y protocolos de atención de la IPS, así como, a las historias clínicas brindando disponibilidad de un equipo de cómputo para el ingreso de este si es requerido.

2. DESCRIPTORES DE SENDAS DE PRODUCCION

2.1. ACTIVIDAD FINAL CONSULTORIOS BÁSICOS

Consultorio Básico de Medicina General. Comprende:

- La atención por medicina general
 - La consulta de Nutrición
 - La consulta de Trabajo Social
 - La consulta de Enfermería por TBC
 - La consulta de Psicología
 - La toma y lectura de laboratorio clínico ordenado en la consulta de Medicina General, Nutrición o Enfermería (Anexo 9 Actividades Intermedias)
 - La toma y lectura de imágenes diagnósticas ordenados en la consulta de Medicina General, (Anexo No 9 Actividades Intermedias)
 - Los medicamentos ordenados en la consulta de Medicina General, Nutrición, atención Inicial de urgencias y odontología general (Anexo No 8 Medicamentos)
- NOTA:** Todos los servicios, incluidos medicamentos e insumos que apliquen para estas tipologías se encuentran en los anexos No 8 Y No 9.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

Este modelo de dispensación de medicamentos se mantendrá hasta 31 de Julio de 2021, fecha en la cual la dispensación se realizará bajo el nuevo modelo definido por la Eps-s (capitación integral) sea esta asumida por la subred o por un tercero.

La Subred Integrada de Servicios de Salud solo continuará entregando los medicamentos incluidos en el anexo de medicamentos de los pacientes del programa de Atención renal Integral (nueva tipología) y que estén por fuera de la cápita integral.

Cuando el usuario requiera consultas de control o de seguimiento por Medicina General serán cobrados como tipologías independientes al igual que las consultas prioritarias derivadas del triage y que requiera atención el usuario.

Pacientes multi consultantes en un mismo mes y/o sin actividades intermedias se revisara con pertinencia medica

El consultorio Básico de Medicina General, no incluye:

- Suministro de oxígeno domiciliario Actividades y Procedimientos definidos en la tabla de exclusiones.
- Medicamentos que no se encuentren en el listado básico. (Anexo 8).

2.2. CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRA ESPECIALIZADO

La tipología de consultorio Especializado y Supra especializado contiene las actividades intermedias contempladas en el anexo No 9 (Actividades Intermedias)

La cantidad de consultas a reportar depende de la pertinencia médica y el tipo de especialidad que requiera.

2.3. URGENCIA BASICA ESPECIALIZADA Y OBSERVACION

Esta tipología corresponde a la atención generada por medicina general, urgenciólogo, pediatra, y gineco obstetra.

2.3.1 Consultorio Urgencias. El consultorio de Urgencia corresponde a la atención inicial de urgencia, comprende:

- Estabilización de signos vitales
- Definición de Conducta
- Observación e interconsultas, Apoyos diagnósticos y terapéuticos definidos en el (Anexo No 9 actividades intermedias) y Medicamentos derivados de la atención (Anexo No 8 de medicamentos), con las recomendaciones descritas anteriormente.

Cuando el paciente reingresa después de haber firmado una salida voluntaria por causa atribuibles de calidad en prestación de la subred, la EPS-S no reconocerá este reingreso como un nuevo ingreso.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

Cuando el paciente reingresa antes de las 72 horas por la misma causa a la subred tratante será reconocida solo una actividad final.

2.4. CONSULTORIO BÁSICO DE CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL.

La tipología de consultorio Básico de Odontología general contiene las siguientes actividades intermedias:

- Consulta de Odontología General
- Tratamiento Básico
- Imágenes Diagnósticas según anexo
- Laboratorios, (Anexo 9 Actividades intermedias)
- Medicamentos derivados de la atención (Anexo 8 Medicamentos)

De acuerdo con el tratamiento se reportarán dentro de la actividad final el número de consultas requeridas, con el objeto de completar el plan de tratamiento.

2.5. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO.

La tipología de Consultorio Odontológico Especializado contiene las actividades intermedias contempladas en el anexo No 9 (Actividades Intermedias).

La cantidad de consultas a reportar depende de la pertinencia médica, de esta tipología se pueden originar procedimientos quirúrgicos que aplicarán a la tipología de grupos quirúrgicos según portafolio ofertado o según condición clínica del paciente que requiera soporte médico especializado en quirófanos.

Las sendas de Odontología y de especialidad maxilofacial, en caso de requerirse los soportes de atención, la IPS debe presentar los Odontogramas.

2.6. EGRESOS HOSPITALARIOS

La Actividad final de egreso hospitalario está constituido por las siguientes tipologías:

- Egreso cama básica
- Egreso Cama Especializado Ginecología Y Obstetricia.
- Egreso Cama Especializado Medicina Interna.
- Egreso Cama Especializado Pediatría.
- Egreso Cama Especializado Quirúrgico.
- Egreso Cama Básica.
- Egreso Cama Especializada.
- Egreso Cama Cuidado Intermedio Adulto, Pediátrico y Neonatal
- Egreso Cama Cuidado Intensivo Adulto, Pediátrico y Neonatal.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

CONSIDERACIONES

- Se reconocerán de forma independiente las tipologías según la estancia hospitalaria, cumpliendo con los criterios médicos.
- Cubre hasta la salida del usuario independientemente del tiempo que este hospitalizado, como también cubre el reingreso antes de quince (15) días por el mismo diagnóstico siempre y cuando no haya sido inherente al proceso de atención.
- Cuando el paciente reingresa después de haber firmado una salida voluntaria por causa atribuibles de calidad en prestación de la subred, la EPS-S no reconocerá este reingreso como un nuevo ingreso.
- Se reconocerá la tipología de egreso básico cuando el usuario permanezca por más de 6 horas en estancia hospitalaria según pertinencia médica.
- Las unidades de alto riesgo obstétrico serán reconocidas como unidades de cuidado intermedio siendo debidamente soportadas y teniendo en cuenta la pertinencia médica.
- Los pacientes que sean atendidos en sala de reanimación de urgencias, con pertinencia de manejo en cuidados críticos y que por condiciones dependientes de la ocupación de la unidad no puedan ser trasladados a la misma y/o remitidos y fallezcan, serán facturados como una unidad de cuidado intermedio debidamente soportados y bajo auditoría médica previa.

2.7. QUIRÓFANO:

Son los procedimientos quirúrgicos hospitalarios y/o ambulatorios.

Actividad Final Parto o Cesárea. La actividad final de parto o cesárea incluye la atención del parto o la cesárea.

- Parto
- Parto + Pomeroy (Reconociendo cada actividad como tipología independiente)
- Cesárea
- Cesárea + Pomeroy (Reconociendo cada actividad como tipología independiente)

En el caso de los partos y las cesáreas la hospitalización tendrá cobertura según la normatividad que aplica en la materia, en el evento que la paciente presente algún tipo de complicación o diagnóstico diferente al del ingreso, se cobrará un egreso según la tipología de la especialidad que haga el manejo.

Actividad Final Quirófano Especializado.

- Quirófano Especializado y Supra especializado -Grupo Del 2 Al 6
- Quirófano Especializado y Supra especializado -Grupo Del 7 Al 10
- Quirófano Especializado y Supra especializado -Grupo Del 11 Al 13
- Quirófano Especializado y Supra especializado -Grupo Del 20 Al 23

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

CONSIDERACIONES

- Si el médico tratante solicita más de tres códigos del mismo grupo quirúrgico en el mismo acto quirúrgico se reconocerán solo dos procedimientos.
- Si el médico solicita más de tres procedimientos quirúrgicos de diferente grupo quirúrgico y en el mismo acto quirúrgico se reconocerán de la siguiente forma:

Dos procedimientos del grupo mayor y uno del grupo adicional diferente que se haya realizado.

Ejemplo. En el acto quirúrgico se realizan los siguientes procedimientos:

Grupo quirúrgico del 20-23 (1), Grupo quirúrgico del 11 al 13 (2), grupo quirúrgico del 7 al 10 (2): Se reconocerán (1) del 20 al 23, y (2) del 11 al 13.

Grupo quirúrgico del 20-23 (1), Grupo quirúrgico del 11 al 13 (1) grupo quirúrgico del 7 al 10 (1): Se reconocerán (1) del 20 al 23, (1) del 11 al 13 y (1) del 7 al 10.

- Cuando se realicen procedimientos en otro acto quirúrgico al mismo paciente dará lugar a cobro a otra tipología según grupo quirúrgico y pertinencia médica.
- Faquectomía más lente intraocular, se reconocerá una (1) senda del grupo quirúrgico del 20 al 23, los insumos se facturarán por evento como lo establece el anexo 4b.
- Las Paracentesis y toracocentesis que sean realizadas por radiología intervencionista serán facturadas al contrato de evento como exclusión, cuando el procedimiento sea realizado dentro del manejo hospitalario se considera dentro de la actividad final.
- La colocación de catéter por especialista en sala de cirugía o salas especiales que cumplen con pertinencia médica se cobrarán como grupo quirúrgico según decreto 2423 de 1996, código 9180, tipología del grupo quirúrgico del 7 al 10.
- Para el material de osteosíntesis e insumos excluidos relacionados en la tabla 4b al finalizar la jornada se reportará a la EPS la hoja de gasto que se hayan realizado.

QUIROFANO NO PROGRAMADO (URGENCIA)

Quirófano No Programado son los procedimientos que se generan desde el servicio de urgencias y/o hospitalización, entre estos tenemos:

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

- Quirófano Especializado y Supra especializado -Grupo Del 2 Al 6
- Quirófano Especializado y Supra especializado -Grupo Del 7 Al 10
- Quirófano Especializado y Supra especializado -Grupo Del 11 Al 13
- Quirófano Especializado y Supra especializado -Grupo Del 20 Al 23

En el anexo 4b se relacionan los insumos y medicamentos excluidos del PGP y que también aplican para el grupo quirúrgico del 20 al 23, para este último como lo establece el manual tarifario decreto 2423 de 1996.

2.8. SERVICIO DE HOSPITAL DÍA – INTERNACIÓN PARCIAL

Esta tipología contiene las siguientes actividades dependiendo del plan de manejo individual que requiera el paciente para el tratamiento del mes:

- Valoración inicial de psiquiatría
- Valoración inicial de psicología
- Valoración inicial por Trabajo social
- Valoración inicial por terapia ocupacional
- Psicoterapia individual por psiquiatría
- Psicoterapia familiar por psicología
- Acciones socio educativas grupo, sesión.
- Psicoterapia de grupo por psicólogo, sesión.
- Psicoterapia individual por psicología
- Junta medica
- Terapia familiar sesión
- Terapia Ocupacional, talleres

2.9. ATENCIONES PACIENTES RENALES EN DIALISIS-ATENCION RENAL INTEGRAL

Esta tipología se incluye a partir del 1 de junio de 2021 en aquellas Subredes que tienen habilitado este servicio como actividad final. La atención integral de los pacientes en diálisis (hemodiálisis y Diálisis peritoneal), incluye las sesiones tanto ambulatorias como intrahospitalarias, quienes demandan en promedio de 12 a 13 sesiones mensuales.

Para tal fin y con el ánimo de hacer la estructuración de nota técnica, se usa como línea de base el número de usuarios que vienen siendo manejados con Atención Renal Ambulatoria, con una expectativa de crecimiento según las condiciones se incluyen los medicamentos, según la siguiente relación:

GRUPO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO
HIPERTENSION ARTERIAL	AMLODIPINO TABLETA 10 MG
	CAPTOPRIL TABLETA 50 MG
	CAPTOPRIL TABLETA 25 MG
	CLONIDINA TABLETA 0.15 MG
	ENALAPRIL TABLETA 20 MG

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

	FUROSEMIDA TABLETA 40 MG ENALAPRIL TABLETA 5 MG LOSARTAN TABLETA 100 MG LOSARTAN TABLETA 50 MG METOPROLOL TABLETA 100 MG METOPROLOL TABLETA 50 MG MINOXIDIL TABLETA 10 MG NIFEDIPINO TABLETA DE 30 MG PRAZOSINA TABLETA 1 MG VERAPAMILO TABLETA 120 MG VERAPAMILO TABLETA 80 MG
ANEMIA	ERITROPOYETINA POLVO PARA RECONSTITUIR 2000 UI ERITROPOYETINA SOLUCIÓN 2000 UI HIERRO PARENTERAL SOLUCION INYECTABLE 100 MG/5 ML COMPLEJO B. JARABE 120 ML HIERRO SULFATO GRAGEA 300 MG / 200 MG HIERRO SULFATO SOLUCION ORAL 125 MG/20 ML VITAMINA COMPLEJO B TABLETA 250 MG ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG
ENFERMEDAD RELACIONADA CON IRC	CALCITRIOL CAPSULA 0.25 MCG HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSPENSION ORAL 6 %/360 ML CALCITRIOL CAPSULA 0.5 MCG CARBONATO DE CALCIO TABLETA 600 MG
NUTRICIONES ENTERALES	NUTRICION ENTERAL
ANTIBIOTICOS	AMIKACINA SOLUCION INYECTABLE 100 MG AMIKACINA SOLUCION INYECTABLE 500 MG AMOXICILINA CAP 500 MG AMPICILINA AMP 500 MG AZTREONAN POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G CEFALEXINA CAPSULA 500 MG CEFALOTINA POLVO PARA INYECCION 1 GR CEFAZOLINA POLVO PARA INYECCION 1 GR CEFRADINA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G CEFTAZIDIMA PENTAHIDRATO POLVO P/RECONST 1 G CEFTRIAXONA (SAL SODICA) POLVO P/ RECONSTITUIR 1 G CIPROFLOXACINA TABLETA 500 MG CIPROFLOXACINO SOLUCION INYECTABLE 200 MG DICLOXACILINA CAP 500 MG FLUCONAZOL TABLETA 200 MG GENTAMICINA CREMA 1% GENTAMICINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/ML IMIPENEM+CILASTATINA POLVO PARA RECONSTITUIR 500 MG MUPIROCINA UNGUENTO 2 %/15 G RIFAMPICINA CAPSULA 300 MG TRIMETROPIN+SULFA F TABLETA 160+800 MG / 80 + 400 MG TRIMETROPIN+SULFA SUSPENSION ORAL 40+200 MG/60 ML VANCOMICINA POLVO PARA INYECCION 500 MG
VITAMINAS Y MINERALES	ACIDO ASCORBICO SOLUCION ORAL 10 %/30 ML ACIDO ASCORBICO TABLETA 500 MG CIANOCOBALAMINA SOLUCION INYECTABLE 1000 MCG
ANALGESICOS	ACETAMINOFEN JARABE 3% 60ML ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG HIOSCINA BUTIL BROMURO SOLUCION INYECTABLE 20 MG/ML DICLOFENACO SODICO TABLETA 50 MG DICLOFENACO SOLUCION INYECTABLE 75 MG/ 5 ML IBUPROFENO TABLETA 400 MG
OTROS	ACIDO ACETIL SALICILICO TABLETA 100 MG BISACODILO TABLETA 5 MG FUROSEMIDA TABLETA 40 MG METOCLOPRAMIDA TABLETA 10 MG OMEPRAZOL TABLETA 20 MG VACUNA HEPATITIS B

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

**3. PROCEDIMIENTO DE FACTURACION Y AUDITORIA DE CUENTAS DEL CONTRATO
PGP CON SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS.**

La SUBRED presentará los primeros cinco (5) días siguientes al mes de la prestación de los servicios, la factura por el valor total del techo del contrato descontando los valores recaudados de copagos y cuotas de recuperación de la población afiliada a la EPS del mes que corresponda.

Posterior a la presentación de la factura techo por parte de las Subredes, se radicarán a más tardar a los veinte (20) días calendario, adjuntando los siguientes documentos:

- Anexo 1. Relación de sendas de producción.
- Anexo 2. Detallado de relación de sendas de producción.

El equipo de auditoría (concurrente, Institucional o de cuentas medicas) puede hacer la objeción de una senda quirúrgica pactada, si evidencia que se están facturando como tal, las actividades correspondientes a la descripción quirúrgica detallada. Es decir, si se facturan todos los elementos de una descripción quirúrgica, y no un procedimiento como tal.

Los insumos, equipos e implementos que por el origen de su uso se encuentran Incluidos en los derechos de sala como el lápiz de electro bisturí, placa conectora, campos quirúrgicos, los insumos de reuso en varios procedimientos entre otros y los que se encuentran incluidos en los equipos de monitoreo, UCI o quirúrgicos se excluyen del cobro según Decreto 2423 de 1996 artículo 43 y 49.

Los códigos empleados para la facturación de los colgajos deben corresponder específicamente a los códigos de cirugía plástica y cumplir con los criterios de pertinencia y no al cierre de incisiones quirúrgicas realizadas por los cirujanos

La Colocación de catéter por médico especialista, sólo aplica en el manual tarifario para la colocación del catéter subclavio en hemodiálisis y no para otros procedimientos.

La facturación de toracentesis y paracentesis son punciones que se pueden realizar bajo guía ecográfica en sala especial, los cuales deben estar justificados y no facturase como un grupo quirúrgico, los insumos que incluyen trocar y pistolas, deben estar incluidos en el paquete facturado.

3.1. CARACTERISTICAS DE LA FACTURA

La factura solo será devuelta por no cumplimiento del estatuto tributario.

En el momento que inicie el proceso de facturación electrónica y teniendo en cuenta la normatividad vigente la única factura que procede como electrónica es la factura generada como techo del contrato de PGP.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

Debe tenerse en cuenta que la factura debe radicarse según la modalidad del contrato de forma separada es decir PGP; teniendo en cuenta el reconocimiento contable (Resolución 058 de 2020 Contaduría General de la Nación).

La Factura de Venta: se radicará en Físico ante la EPS, la cual contendrá la siguiente información y cumplirá con los requisitos tributarios definidos por la norma:

- Denominación expresa de FACTURA DE VENTA,
- Nombres o razón social completa de la Subred Integrada de Servicios de Salud,
- NIT de quien presto el servicio,
- Dirigida a nombre de la E.P.S. CAPITAL SALUD,
- Número del contrato,
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de factura de ventas,
- Fecha de expedición de la factura,
- Descripción específica o genérica "servicios de salud prestados para atención integral en consulta, hospitalización, cirugía para los afiliados del régimen subsidiado por la modalidad de presupuesto global prospectivo por actividad final".
- Valor total del techo mensual.
- Firma por el responsable de la entidad que la emite la factura.
- Firma del responsable que Revisa el contenido de la factura.
- Firma del Representante Legal de la Subred Integrada de Servicios de Salud.

3.2. CARACTERISTICAS DE LA RELACION DE LAS SENDAS DE PRODUCCION

La Relación de las Sendas de producción: Se entregará en medio magnético donde se relaciona las sendas de producción realizadas en el mes de forma resumida, el cual contiene la siguiente información:

- Código de actividad.
- Nombre de la senda de producción
- Cantidad total de la senda.

3.3. CARACTERISTICAS DEL DETALLADO DE LAS SENDAS DE PRODUCCION.

El Detallado de las sendas de producción. Se entregará en medio magnético, donde se relaciona las sendas de producción de forma detallada realizadas en el mes, el cual contiene la siguiente información:

- Ítem o número de registro,
- Razón Social de la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE,
- Tipo de Identificación de la Subred Integrada de Servicios ESE (NIT),
- Número de identificación de la Subred Integrada de Servicios ESE,
- Nombre de la Unidad prestadora del Servicio de Salud (UPSS),

ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

- Prefijo de la Factura generada al paciente,
- Número de Factura al paciente o de la atención prestado al afiliado.
- Prefijo de la Factura al paciente,
- Fecha Emisión de la factura al paciente,
- Fecha Prestación del servicio
- Tipo de identificación del Usuario,
- No de identificación del Usuario,
- Primer Apellido del Usuario,
- Segundo Apellido del Usuario, Primer Nombre del Usuario,
- Segundo Nombre del usuario,
- Género,
- Fecha de Nacimiento del usuario, Código de Diagnostico (CIE-10)
- Nombre del Diagnostico (CIE-10)
- Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS) Nombre Único de Procedimiento en Salud (CUPS)
- Tipología - Actividad Final
- Cantidad
- Período
- Vía de ingreso

3.4. CARACTERISTICAS DE LOS SOPORTES

- Para las tipologías CONSULTORIO no se requerirán soportes adicionales a los RIPS, en las condiciones descritas más adelante
- Para las demás tipologías, adicional a los RIPS se anexará como soporte de factura la EPICRISIS y/o INFORME QUIRURGICO, según corresponda. Estos anexos se presentarán en medio magnético a través de un medio que facilite el acceso entre las partes (FTP que disponga la EPS) de tal forma que la IPS genere la transferencia de los archivos y se garantice la información y el NO uso de CD 's.
- Los anexos estarán identificados con el número de identificación del paciente y un consecutivo, en caso de que se presenten 2 o más eventos en el periodo de facturación.

3.5. CARACTERISTICAS DE LOS RIPS

- RIPS. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, medios magnéticos con información de las atenciones realizadas en el periodo facturado de acuerdo con la normatividad vigente.
- Los RIPS se radican ante la EPS por el período mensual y están compuestos por los archivos definidos por la norma.
- Los RIPS serán radicadas con el oficio remisorio.

NOTA: Es de recordar que las atenciones reportadas en RIPS pueden ser mayores a las tipologías cobradas en la cuenta de PGP, teniendo en cuenta que los RIPS reflejan la totalidad de atenciones a evento sean o no cobrables en la cuenta techo.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

3.6. CONCEPTOS PARA OBJETAR UNA ACTIVIDAD FINAL

La auditoría de sendas correspondientes al contrato de PGP se realizará de forma mensual sobre el Anexo No. 4 (Sendas de Producción) con el cual la CAPITAL SALUD EPS-S verificará la calidad y la cantidad de las actividades finales prestadas por la Subred y generará mensualmente según corresponda las alertas con la finalidad de que la Subred subsane las mismas. A continuación, se relacionan los motivos de objeción de la actividad detallada en el reporte:

- Usuario no pertenece a Capital Salud: Servicios reportados de usuarios que no están afiliados a Capital Salud se excluyen los usuarios que se encuentren afiliados en cumplimiento al Decreto 064 de 2020 y se soporta la gestión por plataforma SAT o formularios al ente territorial
- Servicio no pactado: Servicios facturados por la IPS que no se encuentren incluidos en el contrato PGP con Capital Salud.
- No soportado en Historia Clínica: Servicios facturados no soportados en la historia clínica.
- No pertinente según Historia Clínica: Actividad final no indicada según la patología del paciente.
- Servicio no cubierto por el PBS.
- Duplicados en tipologías
- Cuando el paciente reingresa antes de las 72 horas por la misma causa a la subred tratante no se relacionará como una nueva actividad final según la tipología, y donde se determine que es atribuible al manejo médico.

El reporte de las actividades finales se realizará mensualmente según la producción reportada en el mes, en el evento que por causas excepcionales se deba reportar en un periodo diferente al de la atención, la Subred podrá generar la factura efectiva y será sujeta a verificación por parte de la EPS.

Para el caso de pacientes fallecidos la fecha de egreso y las fechas de registro de órdenes de servicio no pueden ser superiores a la fecha de fallecimiento del paciente en los anexos técnicos y los RIPS.

En la eventualidad que posterior a la auditoría, se identifica que el usuario estuvo afiliado a la EPS, se permitirá la inclusión a la tipología y la facturación de este, por tratarse de atenciones realizadas dentro la vigencia del contrato.

4. PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

4.1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos y condiciones generales requeridos para el proceso de Referencia y Contrarreferencia en la prestación de servicios de salud a los afiliados de la EPS-S, en el marco de la relación contractual entre las SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD y la EPS CAPITAL SALUD.

CONDICIONES GENERALES

ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

- Si el usuario requiere una actividad intermedia descrita en el anexo No 9 (Actividades intermedias) las cuales encuentran incluidas dentro del PGP y contratadas con la Subred, si esta no está en la capacidad de realizarla, el traslado será asumido por la Subred previa notificación entre estas.
- Si se requiere traslado secundario de servicios no ofertados por la Subred la EPS asumirá el traslado a la IPS de destino, siempre y cuando cumpla con los criterios de pertinencia.
- Si la EPS por decisión propia determina realizar traslado de paciente a pesar de que la que la Subred oferte el servicio (evento), la aseguradora asumirá el traslado.
- La autorización para atenciones por evento de usuarios que se encuentren en la Subred y requieran contrarreferencia, se realizará a través de la línea Call Center 3436000 opción 1 y opción 1, celular 3162701109, procedimiento que se realizará a través de la Oficina de referencia de la Subred.
- Si transcurridas 48 horas no hay recepción de soportes actualizados del caso radicado, la EPS notificará vía telefónica y/o correo electrónico a la IPS el cierre del caso, en los tramites de apoyos diagnósticos, se contempla un tiempo de cierre de caso de 72 horas, en la eventualidad de presentarse dificultades en la comunicación se tendrá como contactos alternos los siguientes:
- Para capital Salud el celular 3162701109.
- para la Subred Norte Subred Norte centraldereferencia@subrednorte.gov.co, teléfono 3012118220.
- para la Subred Centro Oriente sirc@subredcentrooriente.gov.co, teléfono 3023405601 - 3045956245; 3023405580- 3023405582.
- Para la Subred Sur sirc.tunal@subredsur.gov.co teléfono 3219032639-3057341312, sirc.meissen@subredsur.gov.co, teléfono 3219028880,
- Para la subred Sur Occidente teléfono centralso@subredsuroccidente.gov.co, referencias@subredsuroccidente.gov.co, teléfono 3014434266.
- La Subred enviará diariamente el censo hospitalario de afiliados de Capital Salud EPS-S a los correos de:
- subdirector.bogota@capitalsalud.gov.co
- coordinacionmedica@capitalsalud.gov.co,
- fredypq@capitalsalud.gov.co
- referenciaycontraref@capitalsalud.gov.co.
- Capital Salud según el reporte del censo hospitalario, trasladara los pacientes que se encuentren en urgencias y hospitalización a las Subredes con el fin de ser atendidos dada la tipología y la oferta del servicio.
- Dichas situaciones se reportarán semanalmente a los Gerentes de los Subredes y Capital Salud.

4.2. GESTION DE RADICACION DE CASO

La IPS radicará tramite de remisión, contra remisión, valoración y/o apoyo diagnóstico a través del correo electrónico referenciaycontraref@capitalsalud.gov.co y faxreferencia@capitalsalud.gov.co. y de la línea telefónica nacional 018000122219 y/o

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

línea Bogotá 3436000 opción 1, de la central de Referencia y Contrarreferencia para asignación de número de radicado, celular 3162701109.

De acuerdo con la resolución 3047 del 2008 la radicación para proceso de remisión debe realizarse a través del anexo No 9, y este debe contar con datos de fecha vigente y registros completos.

Información requerida para la radicación de trámite:

Los analistas de Referencia y Contrarreferencia de Capital Salud EPS-S solicitarán en el momento de la llamada a la Subred la siguiente información:

- a. Número de identificación del afiliado.
- b. Nombre completo del afiliado.
- c. Código de IPS y/o nombre IPS.
- d. Tipo de transacción (remisión, contra remisión, valoración y/o apoyo diagnóstico).
- e. Servicio Solicitado.
- f. Diagnóstico CIE 10.
- g. Fecha de ingreso del usuario y medio por el cual llegó a la institución.
- h. Motivo de radicación de trámite.

La IPS enviará de forma paralela a la llamada de radicación el anexo técnico No 9, evolución clínica y laboratorios complementarios, soportando la solicitud de remisión, contra remisión, valoración y/o apoyo diagnóstico a los correos habilitados referenciaycontraref@capitalsalud.gov.co y faxreferencia@capitalsalud.gov.co.

La radicación de trámite debe realizarse de manera completa cumpliendo con los dos pasos descritos anteriormente para que esta se ha efectiva y generar el número de radicado.

Para la radicación de caso de servicio ofertado en el PGP, pero que por alguna novedad la IPS no pueda prestar el servicio, la misma enviará un correo indicando el motivo de radicación de dicha solicitud o según novedad, el reporte al área de red y contratación y supervisor de contrato. A los correos coorautorizaciones@capitalsalud.gov.co, Subdirector.bogota@capitalsalud.gov.co; nohoramh@capitalsalud.gov.co

4.3. GESTIÓN DE REGULACIÓN DE CASO

La EPS solicitará a la IPS diariamente el envío de soportes actualizados: evolución clínica de médico o especialidad tratante, envío de reporte de laboratorios, imágenes y ayudas diagnósticas.

La IPS informará oportunamente toda novedad que se presente durante el trámite de remisión. (Cancelación de trámite, error en solicitud de trámite, cambio de condición de salud del afiliado, egreso, fallecimiento, otros).

Se presentará el caso radicado a la Subred de servicios a la cual corresponda la IPS primaria del afiliado; si no se obtiene respuesta de aceptación se procederá a regular con

ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

las demás Subredes y posteriormente con red alterna de servicios para la ubicación según condición clínica del usuario, dicha situación será informada semanalmente a los Gerentes de las Subredes y Capital Salud.

Cuando la Subred radique el caso a la EPS para remitir o contra remitir pacientes que requieran la realización de actividades no contratadas en el PGP, se tendrá hasta 24 horas para su respuesta de ubicación en la red alterna, en el caso de no obtener contestación en los tiempos estipulados, se escalarán estos a la subdirección sucursal Bogotá generando un reporte al correo subdirector.bogota@capitalsalud.gov.co con el objeto de que se agilice la gestión en la ubicación del usuario.

4.4. MOTIVOS DE NEGACIÓN

- a. Por sobreocupación: no disponibilidad de camas, demostrado por censo.
- b. Por servicio no ofertado: servicio no ofertado por la IPS.
- c. Servicio no disponible: no disponibilidad de equipo o especialista y/o novedad de cierre de servicio entre otros.

4.5. GESTION DE UBICACIÓN DE AFILIADO

Una vez ubicado el afiliado la EPS-S informará a la IPS origen, vía telefónica y/o correo electrónico los datos de la IPS destino o de aceptación.

La EPS solicitará a la IPS vía telefónica y/o correo electrónico tipo de móvil requerido para el traslado, goteos de medicamentos, suministro de oxígeno y demás dispositivos médicos con los que cuente el afiliado en el momento.

La EPS solicitará el nombre de acudiente o persona que realizará el acompañamiento del afiliado durante el traslado a la IPS destino, la Subred enviará un apoyo por parte de trabajo social o auxiliar de enfermería, cuando el paciente se encuentre en condiciones físicas y mentales este será el que autorice el ingreso y su procedimiento para el cual fue referido.

En la eventualidad cuando el paciente no tenga acudiente la Subred enviará un apoyo por parte de trabajo social o auxiliar de enfermería, si el usuario no se encuentra en las condiciones físicas ni mentales para autorizar el procedimiento, el cual debe estar consignada en la historia clínica, con su respectivo estudio de caso realizado por trabajo social, la IPS receptora se contactará con referenciaycontraref@capitalsalud.gov.co y faxreferencia@capitalsalud.gov.co , con el objeto de validar el traslado y el procedimiento.

4.6. COORDINACIÓN DE TRASLADO DE AMBULANCIA PARA TRAMITES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

La EPS notificará a la IPS la unidad móvil que realizará el traslado.

**ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

- a. La IPS debe emitir al analista de referencia y contrarreferencia de Capital Salud EPS-S la siguiente información para casos de traslado:
- b. Número de identificación del afiliado.
- c. Nombre completo del afiliado.
- d. Diagnóstico CIE 10
- e. Tipo de móvil (básica o medicalizada).
- f. Soportes médicos (Requerimiento de Oxígeno, goteos de medicamentos y/o dispositivos médicos).
- g. Nombre de acudiente o persona que realizará el acompañamiento del afiliado durante el traslado a la IPS destino

En los casos de pacientes en abandono, condición de habitante de calle y/o falta de red de apoyo, la IPS brindará el apoyo requerido para el traslado de afiliados según se requiera para continuidad de prestación de servicio o continuidad de manejo médico.

En la eventualidad que la EPS no cuente con la disponibilidad de ambulancia, la Subred enviará cotización a la EPS quien generará la respectiva autorización y la Subred procederá a realizar el traslado del paciente.

4.7. SOLICITUD DE OXIGENO PARA EGRESO HOSPITALARIO

Para la solicitud de oxígeno de egreso hospitalario la IPS debe comunicarse a la línea call center línea 3436000 opción 1, opción 1, celular corporativo 3212382498 y enviar al correo electrónico oxigenos@capitalsalud.gov.co la siguiente información:

- a. Número de identificación del afiliado.
- b. Nombre completo del afiliado.
- c. Diagnóstico, CIE 11
- d. Dirección de residencia
- e. Dos números de contacto Telefónico
- f. Acudientes responsables de decepcionar el suministro
- g. Número de cédula del acudiente.
- h. Orden médica especificando litros por minuto y horas de oxígeno día.
(NO especificar tipo de dispositivo)

El reporte se realiza por parte de la EPS-S al proveedor en dos momentos:

1. 10:00 am el cual se programa para entrega en la tarde si los datos de contacto son correctos y se genera una comunicación efectiva con el familiar.
2. 03:00 pm el cual se programará para entrega al día siguiente si los datos de contacto son correctos y se genera una comunicación efectiva con el familiar.

Si los datos de contacto no son efectivos para el proveedor de oxígenos, se solicitará a la Subred corroborar la información y así lograr entrega efectiva.

ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Una vez radicada la solicitud por parte de la SUBRED para el suministro de oxígeno al correo oxigenos@capitalsalud.gov.co, la EPS tendrá un tiempo no mayor a 24 horas para la entrega, si no existe contestación en los tiempos estipulados, la SUBRED notificará los casos al teléfono 3212382498, y al correo gerenciabogota@capitalsalud.gov.co.

Por otra parte, ante la presentación de dificultades operativas de no suministro, o condicionamiento de la entrega del oxígeno como: pagares, garantías o similares, se escalará a la Coordinación Médica sucursal al correo; coordinacionmedica@capitalsalud.gov.co y a la subdirección sucursal al correo Subdirector.bogota@capitalsalud.gov.co

5. PLAN DE CONTINGENCIA:

Plan de contingencia de la EPS frente a Fallas en el sistema, ventana tecnológicas y tiempos de espera en línea:

- Para los casos de Ventana de mantenimiento y tiempo de espera en línea. la subred podrá llamar al número celular de referencia 3162701109 que opera 24 horas y al número celular de auditoría 3204112618 para validación y respuesta.
- Para los casos especiales, prioritarios y/o novedades la subred escalará el caso con la coordinación de referencia y contrarreferencia para validación y respuesta efectiva.
- Fallas en el correo institucional de la EPS: para estos casos el área de referencia y contrarreferencia notificará un correo alternativo para la remisión de soportes y anexo a lugar.

LA ENTIDAD



OMAR PERINA BALLESTEROS
REPRESENTANTE LEGAL
CAPITAL SALUD EPS-S



CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA MÉDICA
CAPITAL SALUD EPS-S

EL CONTRATISTA



YIYOLA YAMILE PEÑA RÍOS
REPRESENTANTE LEGAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD CENTRO ORIENTE ESE



CAPITAL SALUD EPS - S

ANEXO 6 -MANUAL DE OPERACIÓN
CONTRATO No _____
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE



JOSE DIONSIO VARGAS GIRALDO
SUBDIRECTOR BOGOTÁ
CAPITAL SALUD EPS-S



**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

OBJETO: El presente anexo denominado “**MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A EVALUAR**” hace parte del Contrato No 003-2023 y tiene por objeto estandarizar los indicadores de evaluación y facilitar los procesos de seguimiento para que la SUBRED garantice el cumplimiento del modelo de prestación de servicios de CAPITAL SALUD EPS-S

1. EVALUACIÓN DEL CONTRATO

La evaluación del Contrato se realizará en dos momentos, en la cual se hará seguimiento al contrato de manera mensual y una supervisión trimestral para el cierre y liberación de saldos.

1.1 COMPONENTES SEGUIMIENTO DE CONTRATO

Se verificará los siguientes indicadores los cuales son de seguimiento:

- **Indicadores de Calidad.** Capital Salud EPS-S a través del área respectiva de la Sucursal Bogotá, realizará la medición de indicadores que incluyen lo definido en la Resolución 256 del 2016, Resolución 1604 del 2013, Resolución 1552 del 2013 y decreto 019 del 2012 y todas aquellas que adicionen, modifiquen o sustituyan.

COMPONENTE	INDICADOR PARA EVALUACIÓN DESEMPEÑO	META	ESTANDARES DE CUMPLIMIENTO	PERIODICIDAD
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	1.Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	Menor o igual a 3 días	Cumplimiento aceptable en la asignación de cita de Odontología General, igual o menor a 3 días. Cumplimiento deficiente en la asignación de cita de Odontología General, mayor a 3 días.	Mensual
	2.Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Ginecología	Menor o igual a 15 días	Cumplimiento aceptable en la asignación de cita de Ginecología, igual o menor a 15 días. Cumplimiento deficiente en la asignación de cita de Ginecología, mayor a 15 días.	Mensual
	3.Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas	Menor o igual a 21,2 días (*)	Cumplimiento aceptable en la asignación de cita para la realización de Cirugía de Cataratas, igual o menor a 21,2 días. Cumplimiento deficiente en la asignación de cita para la realización de Cirugía de Cataratas, mayor a 21,2 días.	Mensual
	4.Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera	Menor o igual a 19.2 días (*)	Cumplimiento aceptable en la asignación de cita para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera, igual o menor a 19,2 días. Cumplimiento deficiente en la asignación de cita para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera, mayor a 19,2 días.	Mensual
	5.Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de revascularización miocárdica	Menor o igual a 4.2 días (*)	Cumplimiento aceptable en la asignación de cita para la realización de Cirugía de revascularización miocárdica, igual o menor a 4,2 días. Cumplimiento deficiente en la asignación de cita para la realización de Cirugía de revascularización miocárdica, mayor a 4,2 días.	Mensual
	6.Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	Menor o igual a 30 minutos	Cumplimiento aceptable en la espera para la atención del paciente clasificado como Triage II, igual o menor a 30 minutos. Cumplimiento deficiente en la espera para la atención del paciente clasificado como Triage II, mayor a 30 minutos.	Mensual
SEGURIDAD	7.Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	0	Cumplimiento aceptable menor a 0 Por 1000 días catéter urinario	Mensual
	8.Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	0	Cumplimiento aceptable menor a 0 por cada 1000 días de ventilador Cumplimiento aceptable deficiente mayor a 0 por cada 1000 días de ventilador	Mensual

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

COMPONENTE	INDICADOR PARA EVALUACIÓN DESEMPEÑO	META	ESTANDARES DE CUMPLIMIENTO	PERIODICIDAD
	9. Proporción de endometritis post cesárea	Menor al 0.5%	Cumplimiento aceptable deficiente mayor a 0 Por 1000 días catéter urinario Cumplimiento aceptable menor al 0.5% de endometritis post parto y/o cesárea. Cumplimiento deficiente mayor al 0.5% de endometritis post parto y/o cesárea.	Mensual
OPORTUNIDAD	10. Calidad de la información reportada Calidad: cumple con la estructura, con el instructivo de manera completa, coherente y actualizada)	90%	Cumplimiento aceptable entrega con calidad el 90% de los informes requeridos	Mensual se debe dar a conocer la matriz de informe requeridos con su estructura a las subredes

Tabla 1. Indicadores de Calidad

*Estándar de Referencia: Matriz Fénix SNS – Capital Salud EPS-S, basado en Observatorio Nacional de Calidad - Ministerio de Salud - II semestre 2017)

- **Seguridad del Paciente.** Capital Salud EPS-S a través del área respectiva de la Sucursal Bogotá realizará el seguimiento a los posibles eventos adversos.
- **Referencia y Contrarreferencia.** Capital Salud EPS-S a través de la Coordinación de Referencia y Contrarreferencia realizará la verificación del total de casos de la siguiente forma:
 - Total casos presentados a la Subred.
 - Total de casos aceptados por la subred.
 - Total de casos de referencia efectivos.
 - Total de casos puestos en remisión a la Subred de servicios excluidos del PGP.
 - Total de casos puestos en remisión de servicios incluidos en el PGP por caso fortuito o de fuerza mayor.
 - La Subred notificara a la EPS-S la remisión del paciente y los tiempos para apoyo diagnóstico, procedimiento a nivel resolutivo no incluidos en el contrato PGP, de los servicios ambulatorios y hospitalarios.

COMPONENTE	INDICADOR PARA EVALUACIÓN DESEMPEÑO	META	ESTANDARES DE CUMPLIMIENTO	PERIODICIDAD
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	1. Porcentaje de aceptación de afiliados asignados al PGP de la Subred, por servicios incluidos en el contrato de PGP	100%	Cumplimiento optimo: 100% de aceptación de paciente presentados por la EPS-S Cumplimiento aceptable entre el 70% a 99% de aceptación de paciente presentados por la EPS-S Cumplimiento deficiente menor al 50% de aceptación de paciente presentados por la EPS-S	Mensual

Tabla 2. Indicadores de Referencia y contrarreferencia

- **Calidad de RIPS.** Capital Salud EPS-S a través del área respectiva, realizará la verificación de la calidad de la información de los RIPS teniendo en cuenta el cumplimiento a la Resolución 3374 de 2000, los lineamientos y validaciones generales de calidad de la información para el reporte de suficiencia de UPC según instructivo dado por el Ministerio de Salud. Adicional a ello se realizará la validación en la consistencia de la información CUPS vs diagnóstico según CIE11, verificación de duplicidades de registros por el mismo servicio, misma fecha y entre otros, finalidad acorde al servicio, actividad acorde al servicio, verificación de valores del servicio,

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

cumplimiento a la radicación de RIPS, días promedio de estancia, verificación de los CUMS de los medicamentos, cobertura de los servicios, código vigentes, diagnósticos vigentes, y verificación de derechos administrativos del usuario en el momento de la prestación y reporte de total de registros no validados.

Nota: La validación de calidad de información que no se encuentren en instructivo dado por el Ministerio no serán objeto de plan de mejora.

- **Comparativo de Sendas reportadas vs. RIPS.** Capital Salud EPS-S a través del área de calidad de la sucursal Bogotá y con el apoyo de la coordinación nacional de aseguramiento, realizará una comparación de bases de datos y análisis del detallado de sendas anexo al proceso de facturación, frente a los RIPS reportados por las Subredes. Se validará registro de afiliados, duplicidades, derechos administrativos (fallecidos), y luego se validará contra número de actividades reportadas en cada senda de producción. De encontrar diferencias se notificarán a cada Subred para ser conciliado y subsanado en la reunión de supervisión mensual.

Para algunas Tipologías el total de RIPS puede que no coincida con el total de reporte de sendas, dado los acuerdos pactados entre las partes, como por ejemplo en tipologías consultorio odontología y grupos quirúrgicos.

Con el objetivo de optimizar el proceso de validación de información, la EPS-S citará a mesa técnica con las Subredes para dar a conocer los posibles errores evidenciados en RIPS adicional a la comunicación de realimentación de calidad RIPS que enviará la coordinación de nacional de aseguramiento.

- **Seguimiento a radicación y cumplimiento de planes de mejora.** Capital Salud EPS-S a través del área respectiva de la Sucursal Bogotá, realizará el seguimiento de los planes de mejora que hayan surgido durante las diferentes visitas conciliados previamente con las Subredes y en los seguimientos de contrato y a su vez retroalimentará la ejecución y cumplimiento a dichos planes según lo registrado en la minuta.
- **Generación de informe de reuniones de seguimiento** Durante el desarrollo de estos seguimientos se verificarán las obligaciones objeto del contrato, consolidando información y generando el documento, soportando en formato F27 y acta de reunión establecido por la EPS y entregando copia a las IPS en el momento de cierre de la reunión y las diferentes áreas de Capital Salud (Jurídica, red y contratación.)
- **Auditoría de cuentas.** La Dirección de Operaciones a través de Coordinación de Cuentas Médicas, realizará un informe de los hallazgos y objeciones encontradas en las auditorías de las facturas y cuenta, según lo estipulado en el Manual de Operación y según cronograma.

Nota: En la reunión de seguimiento mensual se revisarán los compromisos establecidos en reuniones anteriores como primer punto de agenda.

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

1.2 CÁLCULO DE LOS INDICADORES:

La Supervisión de cumplimiento de Sendas y ejecución se pacta así:

- Sendas máximas calculadas según población asignada
- Sendas mínimas se calculan en dos grupos a saber:
 - Sendas de UCI (adultos, pediátrica y neonatal) UCIM (adultos, pediátricos y neonatal) y servicios de urgencias: con un rango de diferencia del 15% con respecto a la senda máxima concertada.
 - Las demás sendas se pactan con un rango de 10% de diferencia con respecto al valor de la senda máxima respectiva.
- Las sendas se evaluarán de manera acumulativa para toda la vigencia del contrato.

1.3 INDICADORES

N°	FICHA INDICADOR	INDICADOR PARA EVALUACIÓN DESEMPEÑO	META	META REVISADO SUBRED CENTRO ORIENTE
1	1	Razón de mortalidad materna	51 por 100.000 nacidos vivos	45 por cada 100.000 nacidos vivos
2	2	Tasa de mortalidad perinatal	13,16 x cada 1.000 nacidos vivos	12 x 1000 nacidos vivos
3	3	Tasa de mortalidad en niños < 5 años por desnutrición	6 por 100.000 menores de 5 años	1,5 por 100.000 menores de 5 años
4	4	Tasa de mortalidad x enfermedad respiratoria aguda en <5 años	12.6 x cada 100.000 <5 años	12.6 x cada 100.000 <5 años
5	5	Tasa de mortalidad x enfermedad diarreica aguda en <5 años	Menor a 3.5 x cada 100.000 <5 años	Menor a 3.5 x cada 100.000 <5 años
6	6	Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer	Menor o igual al 10% x 100 nacidos vivos	Menor o igual al 10% x 100 nacidos vivos
7	7	Porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal (SOBRE 12 SEMANAS)	80%	>/=75%
8	8	Porcentaje de tamización para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes	>/=95%	>/=95%
9	9	Proporción de Tamización de Sífilis en gestantes con evento pos obstétrico según la fecha de la captación en uno de los trimestres de gestación.	>/=95%	>/=90%
10	10	Porcentaje Detección Sintomáticos Respiratorios	Aumento 20% Línea de base	>/=60%
11	11	Porcentaje Curación de pacientes con Tuberculosis	Aumentar o mejorar línea base por subred	>/=100%
12	12	Tasa de Sífilis congénita (Intolerable)	</=0,5	</=0,5
13	13	Porcentaje de tratamiento de sífilis gestacional.	>/=90%	>/=90%
14	14	Cumplimiento de meta terapéutica en el programa de Diabetes Mellitus, porcentaje de pacientes con más de 6 meses en el programa cuyas mediciones de Hemoglobina Glicosilada estén dentro del rango de meta, según riesgo y edad (hemoglobina glicosilada menor de 8% para mayores de 60 y menor de 7% para menores de 60 en los últimos seis meses)	>/=45%	>/=39%

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

15	15	Cumplimiento de metas terapéuticas en el programa de HTA Porcentaje de pacientes con más de 6 meses en el programa cuyas mediciones de HTA estén dentro del rango de meta (cifras tensionales por debajo de 150/90 mmHg para los mayores de 60 años y de 140/90 para los menores de 60 años)	>/=60%	>/=45%
16	16	Proporción de pacientes con enfermedades precursoras estudiados para enfermedad renal crónica- Evaluada de acuerdo con parámetro de Cuenta de Alto Costo (Laboratorios Básicos).	>/=80%	>/=23%
17	17	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	< o igual a 3 días	< o igual a 3 días
18	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada (Se desagrega por especialidad): Pediatría	< o igual a 5 días	< o igual a 5 días
19	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada (Se desagrega por especialidad): Obstetricia	< o igual a 5 días	< o igual a 5 días
20	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada (Se desagrega por especialidad): Medicina Interna	< o igual a 30 días	< o igual a 30 días
21	21	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada (Se desagrega por especialidad): Cirugía General	< o igual a 20 días	< o igual a 20 días
22	22	Porcentaje de fórmulas entregadas de manera oportuna hasta las 48 horas	>/=95%	100%
23	23	Proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa	100%	100%
24	24	Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el PBS	< o igual a 2 días	< o igual a 2 días
25	25	Proporción de tratamientos terminados en odontología	>/=70%	>/= 70%
26	26	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	93%	>/= 93%
27	27	Tasa de quejas (mensual)	</= 0,72 x c./ 1000 Usuarios	</= 1,2 x c./ 1000 Usuarios
28	28	Porcentaje de respuesta oportuna a PQRS (mensual)	>/=95%	>/= 95%
29	29	Tutelas PBS por incumplimiento en gestión de la IPS (mensual)	0	0
30	30	Proporción de la activación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y/o Materno Perinatal para nuevos afiliados a la EPS.	>/=80%	>/=80%
31	31	Oportunidad en la realización de apendicetomía a pacientes de Capital Salud	>/=90%	>/=90%
32	32	Oportunidad en la atención específica de pacientes de capital salud con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio	>/=90%	>/=90%
33	33	Porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal, que cumplen el	>/=80%	>/=70%

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

		estándar de 30 días para la toma de colposcopia y/o biopsia		
34	34	Proporción de personas de 50 a 75 años con test de sangre oculta en materia fecal positivos, que cumple el estándar de 30 días para la toma de la colonoscopia	>/=80%	>/=15%
35	35	Proporción de hombres de 50 a 75 años con la toma de la prueba de PSA - antígeno prostático específico positivos a los que cumplen el estándar de 30 días para la toma de biopsia en menos de 30 días	>/=80%	>/=10%
36	36	Proporción de mujeres de 50 a 69 años con la toma de mamografía con resultado Birads 4, 5 y/o 6 que cumplen el estándar de 30 días para la toma de biopsia en menos de 30 días	>/=80%	>/=30%
37	37	Proporción de canalizaciones con efectividad en la prestación del servicio en los tiempos estipulados (según la Ruta)	>/=80%	>/=75%

*Estándar de Referencia: Matriz Fénix SNS – Capital Salud EPS-S, basado en Observatorio Nacional de Calidad - Ministerio de Salud - II semestre 2017)

1.4 TABLERO DE CONTROL DE ENVIO DE INFORMACIÓN

A continuación, se relaciona el tablero de control que relaciona los informes que se deben radicar de forma oportuna y de calidad.

VARIABLE / REPORTE		RIPS		Reporte de Censo Diario a Referencia Y Contrarreferencia		Reportes Ind. Res 1552 de 2013-Res 1604 de 2013- Res 0256 de 2010 (obligatorios y calidad)	
		Cumple	No cumple	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple
Oportunidad	Envía el informe objeto de evaluación dentro de los periodos de tiempo definidos						
Calidad	Se incluye la totalidad de usuarios y/o intervenciones ejecutadas						
	Se entrega información discriminada de acuerdo con IPS asignada al usuario						
	Cumple con la estructura definida para el reporte						
	Los usuarios reportados son afiliados a la EPS						
	Hay coherencia entre los reportes presentados						
	Se diligencia el registro de manera completa según parámetros definidos en el instructivo para cada variable						
	Se encuentran registros duplicados por un mismo evento y/o atención sin justa causa						
	Se actualiza los registros antiguos acorde al periodo reportado						
	La IPS entrega la totalidad de archivos definidos por la Resolución 3374 de 2000 acorde a los servicios contratados						

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

VARIABLE / REPORTE	RIPS		Reporte de Censo Diario a Referencia Y Contrarreferencia		Reportes Ind. Res 1552 de 2013-Res 1604 de 2013- Res 0256 de 2010 (obligatorios y calidad)	
	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple
Los archivos de consulta de RIPS presentan coherencia entre la marcación de causa externa, finalidad de consulta, edad y diagnóstico						
Registra en RIPS el cobro de copagos o cuotas moderadoras acorde a los servicios prestados						
El porcentaje de uso de comodines utilizado es menor al 50% de los registros en las variables priorizadas						
El registro presentado se incrementa como mínimo en el 80% con respecto al periodo anterior						
CALIFICACIÓN						

Tabla 4. Tablero de control de Información

A continuación, se relaciona las fichas técnicas de los indicadores:

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Razón de mortalidad materna a 42 días.
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, excluyendo las relacionadas con causas indirectas, no evitables o accidentales o usuarias que pertenecen a grupos de alto riesgo, que por su condición de riesgo se convierten en una barrera para la atención (indígenas, habitante de calle y población migrante) en población asignada a la Subred del Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Sivigila- RUAF
Variable 2	Número total de nacidos vivos Régimen Subsidiado* 100.000
Origen de la información (fuente) Variable 2	RUAF
Unidad de medición	Por 100.000 nacidos vivos
Fórmula de cálculo	Cociente entre el número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, excluyendo las relacionadas con causas indirectas, no evitables o accidentales o usuarias que pertenecen a grupos de alto riesgo, que por su condición de riesgo se convierten en una barrera para la atención (indígenas, habitante de calle y población migrante) en población asignada a la Subred del Régimen Subsidiado, sobre, Número total de nacidos vivos Régimen Subsidiado* 100.000 nv.
Responsable de consolidación y reporte	Vigilancia epidemiológica de cada Subred
Periodicidad del indicador	Trimestral no acumulable
Meta Global	51 por 100.000 nacidos vivos
Propuesta de evaluación indicador	CUMPLIMIENTO ABSOLUTO
observaciones	Tiempo de asignación de usuarios en base de datos mayor o igual a tres meses.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tasa de mortalidad perinatal
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Número de defunciones desde la semana 22 o mayor de 500 gramos de productos de gestantes que hayan tenido mínimo 6 meses de asignación continua en base de datos, por sepsis secundaria a infección urinaria materna previo análisis oportuno de la mortalidad por la subred en conjunto con el asegurador del Régimen Subsidiado.

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Origen de la información (fuente) Variable 1	RUAF-SIVIGILA
Variable 2	Número total de nacidos vivos del Régimen Subsidiado* 1.000
Origen de la información (fuente) Variable 2	RUAF-SIVIGILA
Unidad de medición	Por 1.000 nacidos vivos
Fórmula de cálculo	Cociente entre el Número de defunciones desde la semana 22 o mayor de 500 gramos de productos de gestantes que hayan tenido mínimo 6 meses de asignación continua en base de datos, por sepsis secundaria a infección urinaria materna previo análisis oportuno de la mortalidad por la subred en conjunto con el asegurador del Régimen Subsidiado, sobre Número total de nacidos vivos del Régimen Subsidiado* 1.000
Responsable de consolidación y reporte final del indicador	EPS-S
Periodicidad del indicador	Trimestral no acumulable
Meta Global	13,16 x cada 1.000 nacidos vivos
observaciones	Validación y concertación del resultado con EPS y la Subred en mesa de trabajo soportado por acta de trabajo. Cada Subred y Capital Salud EPSS son responsables de realizar seguimiento será el área de vigilancia Epidemiológica.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Número de defunciones en niños menores de 5 años cuya causa principal de muerte posterior a comité de vigilancia epidemiológica haya sido evitable o intervenible por desnutrición relacionada con fallas en la atención en salud, del Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	SIVIGILA-RUAF
Variable 2	Total, de menores de 5 años del régimen subsidiado* 100,000
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos de población del Régimen Subsidiado de la EPSS
Unidad de medición	Por 100.000 menores de 5 años del régimen subsidiado
Fórmula de cálculo	Cociente del número de defunciones en niños menores de 5 años cuya causa principal de muerte, posterior a comité de vigilancia epidemiológica, haya sido evitable o intervenible por desnutrición relacionada con fallas en la atención en salud del Régimen Subsidiado, Sobre el total de menores de 5 años del régimen subsidiado activos en el último mes del trimestre evaluado por 100.000.
Responsable de consolidación y reporte	EPSS
Periodicidad del indicador	Trimestral no acumulable
Meta Global	6 por 100.000 menores de 5 años
observaciones	Vigilancia epidemiológica de cada Subred y de la EPS

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tasa de mortalidad x enfermedad respiratoria aguda en <5 años
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Número de defunciones en niños menores de 5 años cuya causa principal de muerte posterior a comité de vigilancia epidemiológica haya sido evitable o intervenible por ERA relacionada con fallas en la atención en salud, Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	SIVIGILA-RUAF
Variable 2	Número de Niños menores de cinco años asignados por 3 meses consecutivos a la subred. * 100,000
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos de población del Régimen Subsidiado de la EPSS
Unidad de medición	Por 100.000 menores de 5 años
Fórmula de cálculo	Cociente entre el Número de defunciones en niños menores de 5 años cuya causa principal de muerte, posterior a comité de vigilancia epidemiológica, haya sido evitable o intervenible por ERA relacionada con fallas en la atención en salud, Régimen Subsidiado, sobre Base de datos de población del Régimen Subsidiado de la EPSS por 100.000 menores de 5 años.
Responsable de consolidación y reporte	EPS-S
Periodicidad del indicador	Trimestral no acumulable
Meta Global	12.6 x cada 100.000 <5 años

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Observaciones	Reducir a 12.6 por 100.000 la tasa de enfermedad respiratoria aguda en <5 años. Sujeto a análisis de mortalidad de caso entre el asegurador y el prestador, para evaluar la gestión realizada por la subred.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Número de defunciones en niños menores de 5 años cuya causa principal de muerte posterior a comité de vigilancia epidemiológica haya sido evitable o intervenible por EDA relacionada con fallas en la atención en salud, Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	SIVIGILA-RUAF
Variable 2	Número de Niños menores de cinco años asignados por 3 meses consecutivos a la subred. * 100,000, Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos de población del Régimen Subsidiado de la EPSS
Unidad de medición	Por 100.000 menores de 5 años
Fórmula de cálculo	Cociente entre el Número de defunciones en niños menores de 5 años cuya causa principal de muerte posterior a comité de vigilancia epidemiológica haya sido evitable o intervenible por EDA relacionada con fallas en la atención en salud, Régimen Subsidiado, sobre Número de Niños menores de cinco años asignados por 3 meses consecutivos a la subred. * 100,000, Régimen Subsidiado por 100.000 menores de 5 años.
Responsable de consolidación y reporte	EPS-S
Periodicidad del indicador	Trimestral no acumulable
Meta Global	Menor a 3.5 x cada 100.000 <5 años
observaciones	Reducir a 3.5 por 100.000 la tasa de EDA en <5 años. Sujeto a análisis de mortalidad de caso entre el asegurador y el prestador, para evaluar la gestión realizada por la subred.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer a término
Tipo de Indicador	Resultado
Variable 1	Número de recién nacidos a término con bajo peso al nacer (con 37 semanas o más y menos de 2500 gramos al nacer), producto de gestantes con más de 6 meses de asignación continua a la subred previo análisis oportuno en conjunto con el asegurador, Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	SIVIGILA-RUAF
Variable 2	Numero de nacidos vivos de la Subred Capital Salud del régimen subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	RUAF
Unidad de medición	Por 100 nacidos vivos del régimen subsidiado
Fórmula de cálculo	Cociente del número de recién nacidos a término con bajo peso al nacer (con 37 semanas o más y menos de 2500 gramos al nacer), producto de gestantes con más de 6 meses de asignación continua a la subred previo análisis oportuno en conjunto con el asegurador, Régimen Subsidiado, sobre Numero de nacidos vivos a término de la EAPB Capital Salud del régimen subsidiado X100.
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	trimestral no acumulable
Meta Global	Menor o igual al 10% por 100 nacidos vivos
Observaciones	Sujeto a análisis de caso entre el asegurador y el prestador, para evaluar la gestión realizada por la subred y la EPSS. En el momento de no cumplimiento de meta se debe concertar entre las partes, la aplicación de la escala de gradualidad para reconocimiento

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal.
Tipo de Indicador	Proceso
Variable 1	Numero de gestantes activas en el periodo captadas antes de semana 12 de gestación, Régimen Subsidiado. con asignación de la gestante por 3 meses consecutivos

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de la cohorte de gestantes enviada por la subred (antes o igual 10 de cada mes. Régimen Subsidiado.
Variable 2	Número total de gestantes activas del último mes del trimestre, Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de la cohorte de gestantes enviada por la subred (antes o igual 10 de cada mes. Régimen Subsidiado.
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Cociente entre el Numero de gestantes activas en el periodo captadas antes de semana 12 de gestación el último mes del trimestre, Régimen Subsidiado, sobre Número total de gestantes activas del último mes del trimestre, Régimen Subsidiado por 100.
Responsable de consolidación y reporte	EPSS
Periodicidad del indicador	Trimestral
Meta Global	Igual o Mayor 80%
observaciones	Responsables Líder de RIA MPN de la Subred y de la EPS.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de tamización de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Cociente entre número de gestantes activas con toma de prueba de ELISA o prueba rápida para VIH durante el control prenatal en el último mes reportado, Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de la cohorte de gestantes enviada por la subred (antes o igual 10 de cada mes. Régimen Subsidiado.
Variable 2	Número total de gestantes activas del último mes del trimestre. Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de la cohorte de gestantes enviada por la subred (antes o igual 10 de cada mes. Régimen Subsidiado.
Unidad de medición	Por 100%
Fórmula de cálculo	Cociente entre número de gestantes activas con toma de prueba de ELISA o prueba rápida para VIH durante el control prenatal en el último mes reportado, sobre Número total de gestantes activas del último mes del trimestre, Régimen Subsidiado por 100.
Responsable de consolidación y reporte	EPSS
Periodicidad del indicador	Trimestral
Meta Global	Mayor o igual del 95%
observaciones	El resultado debe mostrar coincidencia con lo reportado en la cuenta de alto costo. Debe contar con por lo menos una toma de muestra para VIH durante la gestación.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de Tamización de Sífilis en gestantes con evento pos obstétrico según la fecha de la captación en uno de los trimestres de gestación.
Tipo de Indicador	Gestión Riesgo
Variable 1	Cociente entre número de gestantes con evento pos obstétrico con toma de prueba de Sífilis o prueba rápida para Sífilis durante cada trimestre del control prenatal en el último mes reportado, Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de la cohorte de gestantes enviada por la subred (antes o igual 10 de cada mes. Régimen Subsidiado.
Variable 2	Número total de gestantes activas del último mes del trimestre. Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de la cohorte de gestantes enviada por la subred (antes o igual 10 de cada mes. Régimen Subsidiado.
Unidad de medición	Por 100%
Fórmula de cálculo	Cociente entre número de gestantes activas con toma de prueba de Sífilis o prueba rápida para Sífilis durante cada trimestre del control prenatal, sobre Número total de gestantes activas del último mes del trimestre, Régimen Subsidiado por 100.
Responsable de consolidación y reporte	EPSS
Periodicidad del indicador	Trimestral
Meta Global	Mayor o igual del 95%

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
observaciones	El reporte de resultado debe ser oportuno a la aseguradora para respectiva gestión dando alcance al algoritmo diagnóstico y direccionamiento al programa Se consideró la meta de acuerdo con el estándar nacional.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Porcentaje Detección Sintomáticos Respiratorios
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Sintomáticos respiratorios examinados > de 15 años
Origen de la información (fuente) Variable 1	Libro de sintomáticos respiratorios y/o RIPS
Variable 2	Sintomáticos respiratorios programados 2,5 de la población atendida por primera vez mayor de 15 años de acuerdo con la normatividad vigente (Gradualidad) del Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	RIPS Consulta de primera vez programados del 2.5 de la población mayor de 15 años según normatividad vigente.
Unidad de medición	Por 100%
Fórmula de cálculo	Cociente entre Sintomáticos respiratorios examinados > de 15 años, sobre Sintomáticos respiratorios programados 2,5 de la población atendida por primera vez mayor de 15 años de acuerdo con la normatividad vigente del Régimen Subsidiado por 100
Responsable de consolidación y reporte	EPSS
Periodicidad del indicador	Trimestral no acumulable
Meta Global	Aumentar en un 20% sobre la línea de base
observaciones	La meta gradual inicial será del 20% de acuerdo con la línea de base de la Subred.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Porcentaje Curación de pacientes con Tuberculosis
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Pacientes con éxito en el tratamiento, Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de pacientes con TBC de la Subred de Régimen Subsidiado
Variable 2	Pacientes diagnosticados asignados en la cohorte de acuerdo con el programa según el corte, Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de pacientes con TBC de la EPSS de Régimen Subsidiado
Unidad de medición	Por 100%
Fórmula de cálculo	Cociente Pacientes con éxito en el tratamiento Régimen Subsidiado, sobre pacientes diagnosticados asignados en la cohorte de acuerdo con el programa según el corte, Régimen Subsidiado por 100.
Responsable de consolidación y reporte	EPSS
Periodicidad del indicador	Trimestral no acumulable
Meta Global	Mantener o mejorar línea base por subred
observaciones	Exclusiones: habitante de calle, migrante no posible de ubicar con soportes de búsqueda y gestión realizada (seguimiento)

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tasa de Sífilis congénita (Intolerable)
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Número de casos de sífilis congénita de hijos de madres asignadas en base de datos del Régimen Subsidiado, en un periodo de seis meses consecutivos o aquella gestante que una vez captada no se le realizo la identificación y la gestión del riesgo.
Origen de la información (fuente) Variable 1	SIVIGILA
Variable 2	Número de nacidos vivos X 1.000
Origen de la información (fuente) Variable 2	RUAF
Unidad de medición	Por 1000 nacidos vivos
Fórmula de cálculo	Cociente entre Número de casos de sífilis congénita de hijos de madres asignadas en base de datos del Régimen Subsidiado, en un periodo de seis meses consecutivos o aquella gestante que una vez captada no se le realizo la identificación y la gestión del riesgo, sobre Número de nacidos vivos X 1.000
Responsable de consolidación y reporte	EPSS
Periodicidad del indicador	Mensual

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Meta Global	Cumplimiento óptimo <0.5
observaciones	Exclusiones: habitante de calle, migrante no posible de ubicar con soportes de búsqueda y gestión realizada (seguimiento) Debe ser soportada la gestión en la historia clínica que demuestre la oportunidad de esta para los casos, en mesa de análisis conjunta para definir el resultado presentado.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Porcentaje de tratamiento de sífilis gestacional.
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Numero de gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional con mínimo una dosis administrada de penicilina benzatínica de 2.400.000UI del Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de gestantes inscritas en el periodo- SIVIGILA
Variable 2	Total, de Gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional, del Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	SIVIGILA.
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Cociente entre Numero de gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional con mínimo una dosis administrada de penicilina benzatínica de 2.400.000UI del Régimen Subsidiado, sobre Total de Gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional del Régimen Subsidiado por 100.
Responsable de consolidación y reporte	EPSS
Periodicidad del indicador	Trimestral acumulable
Meta Global	Mayor o igual al 90%
observaciones	Exclusiones: habitante de calle, migrante no posible de ubicar con soportes de búsqueda y gestión realizada (seguimiento)

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Cumplimiento de meta terapéutica del programa de Diabetes Mellitus
Tipo de Indicador	Gestión del riesgo
Variable 1	Número de personas de la RIA CCVM con Diabetes Mellitus, cuyas mediciones de HGH de los últimos 6 meses que cumplen con el criterio (hemoglobina glicosilada menor de 8% para mayores de 60 y más; y menor de 7% para menores de 60 en los últimos seis meses), población del Régimen Subsidiado. (Se excluyen los pacientes de riesgo alto y muy alto, los que tienen ERC estadio 3B y más, usuarios con comorbilidades que no aportan al cumplimiento de la hemoglobina, usuarios que no se pueden intervenir por difícil consecución).
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de datos población Ruta Crónicos del Régimen Subsidiado de la Subred.
Variable 2	Número total de pacientes inscritos a la Ruta de Crónicos (Diabetes) asignadas en los últimos 6 meses a la SISS del Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos población Ruta Crónicos del Régimen Subsidiado de la Subred.
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Cociente entre Cantidad de personas del programa de Diabetes Mellitus, cuyas mediciones de HGH de los últimos 6 meses que cumplen con el criterio (hemoglobina glicosilada menor de 8% para mayores de 60 y más; y menor de 7% para menores de 60 en los últimos seis meses), población del Régimen Subsidiado, sobre Número total de pacientes inscritos a la Ruta de Crónicos (Diabetes) asignadas en los últimos 6 meses a la SISS del Régimen Subsidiado por 100.
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Trimestral
Meta global	Mayor o igual 45%
observaciones	

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Cumplimiento de meta terapéutica en el programa de Hipertensión Arterial (HTA).
Tipo de Indicador	Gestión del riesgo
Variable 1	Número de personas de la RIA CCVM de Hipertensos, cuyas mediciones de HTA de los últimos 6 meses están dentro del rango definido (cifras tensionales por debajo de 150/90 mmHg para los mayores de 60 años y más, y de 140/90 para los menores de 60 años), población del Régimen Subsidiado.

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de datos población Ruta Crónicos del Régimen Subsidiado de la Subred.
Variable 2	Número total de personas del Régimen Subsidiado de la ruta de crónicos (HTA), con clasificación de riesgo bajo y moderado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos población Ruta Crónicos del Régimen Subsidiado de la Subred.
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Cociente entre Número de personas del programa de Hipertensos, cuyas mediciones de HTA de los últimos 6 meses están dentro del rango definido (cifras tensionales por debajo de 150/90 mmHg para los mayores de 60 años y más, y de 140/90 para los menores de 60 años), población del Régimen Subsidiado, sobre Número total de personas del Régimen Subsidiado del programa de crónicos (HTA), con clasificación de riesgo bajo y moderado, por 100.
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Trimestral acumulados activos a la subred
Meta Global	Igual o mayor del 60%
observaciones	Se realizará línea base en un mes después de iniciado el contrato, con revisión trimestral. En caso de declaración de pico de Covid a nivel nacional y/o Distrital se deberá evaluar si se da ordenamiento de Cuarentena obligatoria o selectiva en las zonas del distrito, en la que no se tendrán en cuenta los afiliados con Hipertenso que para ese mes de medición deberían asistir a toma de TA (último este entre mes a los 6 meses antes), pero que la subred deberá asegurar el control médico por medio de los tipos de atención definidos en la normatividad en pandemia (resolución 521 de 2020) los que dure la medida de cuarentena por el PICO COVID. La subred se compromete a hacer la búsqueda y tamización de los afiliados con DM posterior al levantamiento de las medidas de Cuarentena obligatorio o selectiva en las zonas del distrito

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de pacientes con enfermedades precursoras estudiados para enfermedad renal crónica- Evaluada de acuerdo con parámetro de Cuenta de Alto Costo (Laboratorios Básicos).
Tipo de Indicador	Gestión del riesgo
Variable 1	Pacientes de Régimen Subsidiado con HTA y/o Diabetes clasificadas en riesgo bajo o moderado estudiados para enfermedad renal crónica en el último año - Evaluada de acuerdo con parámetro de Cuenta de Alto Costo
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de datos población Ruta Crónicos del Régimen Subsidiado de la Subred.
Variable 2	Número total Pacientes de Régimen Subsidiado con HTA y/o Diabetes en riesgo bajo o moderado. (Se excluyen los pacientes de riesgo alto y muy alto).
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos población Ruta Crónicos del Régimen Subsidiado de la Subred.
Unidad de medición	Por 100
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Trimestral acumulados activos a la subred.
Meta Global	mayor o igual 80%
observaciones	

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina General por primera vez.
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en el periodo objeto de evaluación.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina general por primera vez de la IPS.
Variable 2	Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina general por primera vez de la IPS.
Unidad de medición	Número de días

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Fórmula de cálculo	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, sobre el número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación.
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual no acumulado
Meta Global	Menor o igual a 3 días
observaciones	La meta global está definida de acuerdo con la Resolución 408 de 2018 (Plan de Gestión de Gerentes - indicador 26) Las observaciones definidas en la Resolución 0256 de 2016 del Minsalud. La IPS deberá suministrar la base nominal de usuarios atendidos en consulta de medicina general, señalando las consultas que son de primera vez y aquellas de control. Debe anexarse base de datos según resolución 1552 de 2013

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en el periodo objeto de evaluación.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina especializada de pediatría por primera vez de la IPS.
Variable 2	Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina especializada de pediatría por primera vez de la IPS.
Unidad de medición	Número de días
Fórmula de cálculo	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó y el número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación.
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual no acumulado
Meta Global	Menor o igual a 5 días
observaciones	La meta global está definida de acuerdo con la Resolución 408 de 2018 (Plan de Gestión de Gerentes - indicador 18) Las observaciones definidas en la Resolución 0256 de 2016 del Minsalud. La IPS deberá suministrar la base nominal de usuarios atendidos en consulta de pediatría, señalando las consultas que son de primera vez y aquellas de control. Debe anexarse base de datos según resolución 1552 de 2013

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia .
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en el periodo objeto de evaluación.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina especializada de obstetricia por primera vez de la IPS.
Variable 2	Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina especializada de obstetricia por primera vez de la IPS.
Unidad de medición	Número de días

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Fórmula de cálculo	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó y el número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación.
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual acumulativo
Meta Global	Menor o igual a 5 días
observaciones	La meta global está definida de acuerdo con la Resolución 408 de 2018 (Plan de Gestión de Gerentes - indicador 18) Se aplica fórmula de progresividad entre la línea de base y la meta. Las observaciones definidas en la Resolución 0256 de 2016 del Minsalud. La IPS deberá suministrar la base nominal de usuarios atendidos en consulta de medicina general, señalando las consultas que son de primera vez y aquellas de control. Debe anexarse base de datos según resolución 1552 de 2013

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna .
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en el periodo objeto de evaluación. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina especializada de medicina interna por primera vez de la IPS.
Variable 2	Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina especializada de medicina interna por primera vez de la IPS.
Unidad de medición	Número de días
Fórmula de cálculo	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó y el número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación.
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual no acumulado
Meta Global	Menor o igual a (30) días
observaciones	La meta global está definida de acuerdo con la Resolución 408 de 2018 (Plan de Gestión de Gerentes - indicador 20) Las observaciones definidas en la Resolución 0256 de 2016 del Minsalud. La IPS deberá suministrar la base nominal de usuarios atendidos en consulta de medicina general, señalando las consultas que son de primera vez y aquellas de control. Debe anexarse base de datos según resolución 1552 de 2013

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general .
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de cirugía general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en el periodo objeto de evaluación. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina especializada de cirugía general por primera vez de la IPS.
Variable 2	Número total de citas de cirugía general de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de población del Régimen Subsidiado atendida en medicina especializada de cirugía general por primera vez de la IPS.
Unidad de medición	Número de días
Fórmula de cálculo	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de cirugía general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó y el número total de citas de cirugía general de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación.

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual no acumulado
Meta Global	Menor o igual a 20 días
observaciones	Las observaciones definidas en la Resolución 0256 de 2016 del Minsalud. La IPS deberá suministrar la base nominal de usuarios atendidos en consulta de Cirugía general, señalando las consultas que son de primera vez y aquellas de control. Debe anexarse base de datos según resolución 1552 de 2013

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Porcentaje de fórmulas entregadas de manera oportuna hasta las 48 horas
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Sumatoria del número de fórmulas que fueron entregados en su totalidad antes de completar 48 horas desde la solicitud por parte del usuario del Régimen Subsidiado o su representante, es decir que de los medicamentos prescritos en la formula médica se entregan completamente en un término máximo de 48 horas desde la solicitud. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 1	Operador responsable de la entrega de medicamentos
Variable 2	Total de fórmulas médicas solicitadas durante el periodo para la población del Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Operador responsable de la entrega de medicamentos
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Cociente de Sumatoria del número de fórmulas que fueron entregados en su totalidad antes de completar 48 horas desde la solicitud por parte del usuario del Régimen Subsidiado o su representante, es decir que de los medicamentos prescritos en la formula médica se entregan completamente en un término máximo de 48 horas desde la solicitud., sobre, Total de fórmulas médicas solicitadas durante el periodo para la población del Régimen Subsidiado. Por 100
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual no acumulado
Meta Global	Mayor o igual al 95%
Observaciones	Se aplica rangos de cumplimiento: 0% A 89% DEFICIENTE 90 y 94 ACEPTABLE 95 O SUPERIOR CUMPLE El indicador monitoriza dispensación de medicamento ambulatorios. Debe entregarse el resultado del indicador y la respectiva base de datos acorde con la Resolución 1604 de 2013

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Número de fórmulas médicas entregadas de manera completa a los afiliados del Régimen Subsidiado (Medicamentos POSS)
Origen de la información (fuente) Variable 1	Operador responsable de la entrega de medicamentos
Variable 2	Total de fórmulas médicas solicitadas durante el periodo para la población del Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Operador responsable de la entrega de medicamentos
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Cociente de Número de fórmulas médicas entregadas de manera completa a los afiliados del Régimen Subsidiado, sobre, Total de fórmulas médicas solicitadas durante el periodo para la población del Régimen Subsidiado. Por 100
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual no acumulado
Meta Global	Mayor o igual al 100%

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

ICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
observaciones	CALIFICACION EN RANGOS DE: El indicador monitoriza dispensación de medicamento ambulatorios. Debe entregarse el resultado del indicador y la respectiva base de datos acorde con la Resolución 1604 de 2013

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el PBS
Tipo de Indicador	Efectividad
Variable 1	Sumatoria del tiempo entre la solicitud de la entrega de medicamentos incluidos en el POS y la entrega efectiva de la totalidad de medicamentos POS prescritos en la fórmula, población del Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Operador responsable de la entrega de medicamentos
Variable 2	Total de fórmulas médicas solicitadas durante el periodo para la población del Régimen Subsidiado.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Operador responsable de la entrega de medicamentos
Unidad de medición	Número de días
Fórmula de cálculo	Cociente de Sumatoria del tiempo entre la solicitud de la entrega de medicamentos incluidos en el POS y la entrega efectiva de la totalidad de medicamentos POS prescritos en la fórmula, población del Régimen Subsidiado, sobre, Total de fórmulas médicas solicitadas durante el periodo para la población del Régimen Subsidiado
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual no acumulado
Meta Global	Menor o igual a 2 días
observaciones	El indicador monitoriza dispensación de medicamento ambulatorios. Debe entregarse el resultado del indicador y la respectiva base de datos acorde con la Resolución 1604 de 2013

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Porcentaje de Tratamientos odontológicos terminados
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Número de usuarios del Régimen Subsidiado con tratamiento odontológico terminado en la vigencia objeto de la evaluación.
Origen de la información (fuente) Variable 1	RIPS
Variable 2	Número de usuarios del Régimen Subsidiado con tratamiento iniciado en la vigencia objeto de la evaluación y con (6) meses de asignación continua en base de datos
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos de usuarios asignados del Régimen Subsidiado
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Cociente entre Número de usuarios del Régimen Subsidiado con tratamiento odontológico terminado en la vigencia objeto de la evaluación, sobre Número de usuarios del Régimen Subsidiado con tratamiento iniciado en la vigencia objeto de la evaluación y con (6) meses de asignación continua en base de datos por 100.
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Trimestral no acumulado
Meta Global	Mayor o igual a 70%
observaciones	Definición de Tratamiento Odontológico terminado: corresponde a las actividades iniciadas en promoción, prevención, operatoria cirugía y endodoncia. Capital Salud solicita se revise del tiempo de permanencia del usuario en la base de datos en el mes de enero del 2021

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de satisfacción global de usuarios en la IPS
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Número de usuarios del Régimen Subsidiado que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de la salud que han recibido a través de su IPS? Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de datos de la encuesta que realizó la IPS a la población del Régimen Subsidiado, en el periodo objeto de evaluación.
Variable 2	Número de usuarios del Régimen Subsidiado que respondieron la pregunta.

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos de la encuesta que realizó la IPS a la población del Régimen Subsidiado, en el periodo objeto de evaluación. Régimen Subsidiado
Unidad de medición	Por 100 (expresado en porcentaje)
Fórmula de cálculo	Cociente entre Número de usuarios del Régimen Subsidiado que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de la salud que han recibido a través de su IPS?, sobre, Numero de usuarios del Régimen Subsidiado que respondieron la encuesta definida por la IPS por 100
Responsable de consolidación y reporte	IPS
Periodicidad del indicador	Mensual
Meta Global	Mayor o igual a 93%
observaciones	Las observaciones definidas en la Resolución 0256 de 2016 del Minsalud. Encuesta mensual con reporte trimestral

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa PQRD Superintendencia Nacional de Salud
PROPÓSITO	Dar respuesta por parte de las Instituciones prestadoras, a las PQR relacionadas con dificultades en la atención de los afiliados de Capital Salud que por contrato estén sujetos a la operación de su prestación contractual.
TIPO DE INDICADOR	Eficiencia
VARIABLE UNO	Número total de PQRD radicadas ante la Superintendencia Nacional de Salud por inoportunidad en la prestación de servicios.
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN (FUENTE) VARIABLE UNO	Informe PQRD por oportunidad reportado por la superintendencia Nacional de Salud
VARIABLE DOS	Número total de afiliados asignados a cada Institución prestadora de salud
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN (FUENTE) VARIABLE DOS	EPS-S Capital Salud
UNIDAD DE MEDICIÓN	Tasa
FORMULA DE CÁLCULO	Dividir el numerador (variable 1) entre el denominador (variable 2) y multiplicar por 1000
RESPONSABLE DE CONSOLIDACIÓN Y REPORTE	EPS-S Capital Salud
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual
META DEL INDICADOR	Promedio primer trimestre (1,4); a partir del 4° mes 1,2 promedio trimestral.
SISS Norte a 31 de diciembre de 2019.	1.69
SISS Sur a 31 de diciembre de 2019.	1.06
SISS Centro Oriente a 31 de diciembre 2019.	1.57
SISS Sur Occidente a 31 de diciembre de 2019.	0.9
OBSERVACION	Disminución de la ocurrencia de PQRD por factores generados por deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Se evaluará sobre una meta de cumplimiento del 1.4 promedio trimestral los primeros tres meses del contrato; a partir del 4 mes una meta de cumplimiento promedio del 1.2 por SISS.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE RESPUESTAS OPORTUNAS A PQRD
PROPÓSITO	Dar respuesta oportuna al usuario al 100% de las PQRD que defina la asignación de la cita dentro de los tiempos establecidos por la norma, por tipo de queja con base en la definición emitida por el ente de control
TIPO DE INDICADOR	Eficiencia
VARIABLE UNO	Número total de PQRD reportadas por el área de PQRD de la EPS-S.
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN (FUENTE) VARIABLE UNO	Informe PQRD emitido por la EPS-S, notificador 588
VARIABLE DOS	Número de PQRD solucionadas dentro de los términos definidos por norma
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN (FUENTE) VARIABLE DOS	Respuesta emitida por el prestador
UNIDAD DE MEDICIÓN	Porcentaje
FORMULA DE CÁLCULO	Dividir el numerador (Variable 1) entre el denominador (variable 2) y multiplicar por 100

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
RESPONSABLE DE CONSOLIDACIÓN Y REPORTE	EPS-S Capital Salud - prestador
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual
META DEL INDICADOR	Mayor al 95%
OBSERVACION	<p>Los términos de respuesta están establecidos en la Circ. 008 de la Superintendencia Nacional de Salud; sin embargo, la EPS solicita respuesta en un término menor de realizar la gestión propia y dar respuesta oficial al afiliado y entre control. Términos de respuesta:</p> <p><u>Superintendencia de tipo Riesgo de Vida</u>: un día hábil posteriores a la notificación de la PQR, por parte de CAPITAL SALUD a la IPS con base en la hora de notificación que aparece en el Drive</p> <p><u>Superintendencia de tipo Regular</u>: 4 días posteriores a la notificación de la PQR, por parte de CAPITAL SALUD a la IPS</p> <p><u>Otros Entes, personas naturales y/o jurídicas</u>: 15 días posteriores a la notificación de la PQR, por parte de CAPITAL SALUD a la IPS</p> <p>Capital Salud EPSS asignara la solicitud teniendo en cuenta el portafolio de cada Subred, aplicando el concepto de diferenciación. Las Subredes podrán dar respuesta a través de la complementariedad de servicios</p>

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
NOMBRE DEL INDICADOR	Tutelas PBS por incumplimiento en la gestión de la IPS
PROPÓSITO	La EPS debe garantizar la prestación efectiva de los servicios cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud a sus afiliados por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios contratadas para tal fin.
TIPO DE INDICADOR	Cumplimiento
VARIABLE UNO	Número de tutelas PBS notificadas a la entidad por incumplimiento de la IPS del Régimen Subsidiado
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN (FUENTE) VARIABLE UNO	Sistemas de Información SIGS/ base de seguimiento a tutelas
VARIABLE DOS	Total de Tutelas PBS recibidos por la EPSS del Régimen Subsidiado
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN (FUENTE) VARIABLE DOS	Sistemas de Información SIGS/ base de seguimiento a tutelas
UNIDAD DE MEDICIÓN	%
FORMULA DE CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con dos cifras decimales
RESPONSABLE DE CONSOLIDACIÓN Y REPORTE	EPS
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual del 1 al 30, reporte se realizará los primeros cinco días de cada mes
OBSERVACION	<p>El indicador monitoriza las tutelas PBS originadas en la falta de prestación de servicios por parte de la IPS</p> <p>Capital Salud realizara reunión con los referentes de las Subredes con el fin de unificar criterios de reporte para la medición del indicador.</p> <p>Para la medición del indicador se debe tener en cuenta aquellas acciones de tutela en las que la EPSS sea vinculada</p> <p>El numerador y denominador toda tutela nueva radicada entre el 1er. día calendario al último día calendario.</p>

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Oportunidad en la realización de apendicetomía a pacientes de Capital Salud
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Número de pacientes de Capital Salud EPSS con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia periodo objeto de la evaluación. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 1	Historia Clínica del paciente con diagnóstico de apendicitis al cual se le realizó la cirugía de apendicetomía.
Variable 2	Total, de pacientes de Capital Salud EPSS con diagnóstico de apendicitis en el periodo objeto de evaluación. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 2	RIPS teniendo en cuenta el CUPS para el periodo evaluado
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Cociente del Número de pacientes de Capital Salud EPSS con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
	horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia/periodo objeto de la evaluación, sobre Total de pacientes de Capital Salud EPSS con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación por 100
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual no acumulado
Meta Global	Mayor o igual al 90%
Parámetro de evaluación	Rangos: Mayor o igual 90: 100% Entre 89 – 80: 70% Entre 79 – 70: 40% Menor o igual de 69: 0%
observaciones	La meta global está definida de acuerdo con la Resolución 408 de 2018 (Plan de Gestión de Gerentes - indicador 14)

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Oportunidad en la atención específica de pacientes de capital salud con diagnostico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Número de pacientes de Capital Salud EPSS con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en el periodo objeto de evaluación. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 1	Historia Clínica del paciente con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio
Variable 2	Total, de pacientes de Capital Salud EPSS con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en el periodo objeto de evaluación. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de la subred relación de usuarios de Capital Salud que presenta IAM en el periodo
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Cociente del Número de pacientes de Capital Salud EPSS con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia/periodo objeto de evaluación, sobre Total de pacientes de Capital Salud EPSS con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia/periodo objeto de evaluación, por 100
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Trimestral no acumulado
Meta Global	Mayor o igual al 90%
Parámetros de evaluación	Rangos establecidos en el contrato: Mayor o igual 90: 100% Entre 85 – 89: 70% Entre 80 – 84: 40% Menor o igual de 79: 0%
observaciones	La meta global está definida de acuerdo con la Resolución 408 de 2018 (Plan de Gestión de Gerentes - indicador 16)

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de la activación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y/o Materno Perinatal para nuevos afiliados a la EPS.
Tipo de Indicador	Gestión Riesgo
Variable 1	Número de usuarios nuevos afiliados a la EPS y que son asignados a la subred, que ingresa efectivamente a las RIA de RPMS y/o RMP del periodo. Régimen Subsidiado
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de datos de RIPS y/o reportes de resolución 202 de cada subred.
Variable 2	Número de afiliados nuevos a la EPS asignados a la Subred en el periodo
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos de asignación entregada a la Subred por Capital salud población nueva afiliada a la EPS
Unidad de medición	Por 100

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Fórmula de cálculo	Número de usuarios nuevos afiliados a la EPS y que son asignados a la subred, que ingresa efectivamente a las RIA de RPMS y/o RMP del periodo. Régimen Subsidiado /Número de afiliados nuevos a la EPS asignados a la Subred en el periodo *100
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	mensual
Meta Global	Progresividad y por población priorizada
observaciones	Se debe excluir los afiliados que no se puedan contactar por calidad del dato entregado por la EPS. Se deberá dar ingreso en menos de un mes a la población gestante y menore de 1 año a partir de la asignación a la subred de la población nueva afiliada a la EPS. La población en curso de vida de 1 a 5 años, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez se tendrá un tiempo no mayor a cuantos 3 meses.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal o citología de triage anormal positiva remitidas, que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia y/o biopsia
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Número de mujeres con citología cervicouterina anormal o citología de triage anormal, que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia a partir de toma de citología.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de datos de Colposcopias - Historia Clínica del paciente
Variable 2	Número total de mujeres con citología cervicouterina anormal o citología de triage anormal
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de citologías positivas.
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Número de mujeres con citología cervicouterina anormal remitidas, que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia /Número total de mujeres con citología cervicouterina anormal o citología de triage anormal *100
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual
Meta Global	Mayor o igual al 80%
Parámetros de evaluación	PROGRESIVO
observaciones	Tamizado en otra IPS no se contempla en la información de origen para el cálculo del indicador, así como los disintimientos, con diagnóstico y tratamiento CA, con histerectomía total. Usuarías con movilidad de aseguramiento a otra IPS o EPS.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de personas de 50 a 75 años con test de sangre oculta en materia fecal positivos, que cumple el estándar de 30 días para la toma de la colonoscopia
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Número de personas de 50 a 75 años con resultado positivo en el test de sangre oculta en materia fecal, que cumple el estándar de 30 días para la toma de la colonoscopia.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de datos toma de colonoscopia
Variable 2	Número de personas de 50 a 75 años con resultado positivo en el test de sangre oculta en materia fecal.
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos toma de test de sangre oculta en materia fecal.
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Número de personas de 50 a 75 años con resultado positivo en el test de sangre oculta en materia fecal, que cumple el estándar de 30 días para la toma de la colonoscopia/ Número de personas de 50 a 75 años con resultado positivo en el test de sangre oculta en materia fecal.
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Trimestral acumulado
Meta Global	mayor o igual al 80%
Parámetros de evaluación	PROGRESIVO

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
observaciones	Usaria/os tamizada en otra IPS no se contempla en la información de origen para el cálculo del indicador, así como los disentimientos, con diagnóstico y tratamiento CA

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de hombres de 50 a 75 años con la toma de la prueba de PSA - antígeno prostático específico positivos a los que cumplen el estándar de 30 días para la toma de biopsia en menos de 30 días
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Número de hombres de 50 a 75 años con resultado positivo en la prueba de PSA - antígeno prostático específico, que cumplen el estándar de 30 días para la toma de biopsia en menos de 30 días.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de datos toma de Biopsias
Variable 2	Número de hombres de 50 a 75 años con resultado positivo en prueba de PSA - antígeno prostático específico
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos toma de la prueba de PSA - antígeno prostático específico.
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Número de hombres de 50 a 75 años con resultado positivo en la prueba de PSA - antígeno prostático específico, que cumplen el estándar de 30 días para la toma de biopsia en menos de 30 días / Número de hombres de 50 a 75 años con resultado positivo en prueba de PSA - antígeno prostático específico
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Trimestral acumulado
Meta Global	mayor o igual al 80%
Parámetros de evaluación	PROGRESIVO
observaciones	hombres de 50 a 75 años tamizada en otra IPS no se contempla en la información de origen para el cálculo del indicador, así como los disentimientos, con diagnóstico y tratamiento CA

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de mujeres de 50 a 69 años con la toma de mamografía con resultado Birads 4, 5 y/o 6 que cumplen el estándar de 30 días para la toma de biopsia en menos de 30 días
Tipo de Indicador	Eficiencia
Variable 1	Número de mujeres de 50 a 69 años con la toma de mamografía con resultado Birads 4, 5 y/o 6, que cumplen el estándar de 30 días para la toma de biopsia en menos de 30 días
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de datos Mamografía
Variable 2	Número de mujeres de 50 a 69 años con la toma de mamografía con resultado Birads 4, 5 y/o 6
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de datos toma de mamografía con resultado Birads 4, 5 y/o 6
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Número de mujeres de 50 a 69 años con la toma de mamografía con resultado Birads 4, 5 y/o 6, que cumplen el estándar de 30 días para la toma de biopsia en menos de 30 días / Número de mujeres de 50 a 69 años con la toma de mamografía con resultado Birads 4, 5 y/o 6
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual
Meta Global	mayor o igual al 80%
Parámetros de evaluación	PROGRESIVO
observaciones	Usuarías con toma de 50 a 69 años con resultado Birads 4, 5 y/o 6 previa en otra IPS, así como los disentimientos, con diagnóstico y tratamiento CA

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Nombre	Proporción de la activación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y/o rutas priorizadas.
Tipo de Indicador	Eficiencia

**ANEXO 7 - MANUAL DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION, INDICADORES A
EVALUAR
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR	
Variable 1	Número de canalizaciones efectivas en la prestación del servicio en los 30 días para la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud y 5 días para las rutas priorizadas, posterior a la canalización a la RIAS.
Origen de la información (fuente) Variable 1	Base de SIRC de secretaria de salud
Variable 2	Total, de canalizaciones reportadas en el SIRC que corresponden a la subred
Origen de la información (fuente) Variable 2	Base de SIRC de secretaria de salud
Unidad de medición	Por 100
Fórmula de cálculo	Número de canalizaciones efectivas en la prestación del servicio en los 30 días para la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud y 5 días para las rutas priorizadas, posterior a la canalización a la RIAS/Total de canalizaciones reportadas en el SIRC
Responsable de consolidación y reporte	EPS
Periodicidad del indicador	Mensual
Meta Global	mayor o igual al 80%
Parámetros de evaluación	PROGRESIVO
observaciones	exclusión los afiliados que no son contactados (deben cumplir con los 3 momentos en días y horas diferentes. según definición en la SDS de canalizaciones)

Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado.

LA ENTIDAD

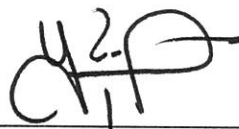

OMAR PEÑA BALLESTEROS
REPRESENTANTE LEGAL
CAPITAL SALUD EPS-S



CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA MEDICA
CAPITAL SALUD EPS-S



JOSE DIONSIO VARGAS GIRALDO
SUBDIRECTOR BOGOTÁ
CAPITAL SALUD EPS-S

EL CONTRATISTA


YIYOLA YAMILE PEÑA RIOS
REPRESENTANTE LEGAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD CENTRO ORIENTE ESE

mercaderes@subdescentroaviente.gov.coPágina 1 de 1

[illegible]

[illegible]

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

CUPS	SERVICIO
892001	URODINAMIA ESTÁNDAR
892301	ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER URETRAL
33101	PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)
33102	DRENAJE LUMBAR TRANSITORIO
33103	MANOMETRÍA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO
48204	ANESTESIA REGIONAL INTRAVENOSA
48301	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS
48401	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN DISCO INTERVERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS
48402	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN ARTICULACIÓN SACROILIACA CON FINES ANALGÉSICOS
48403	INYECCIÓN DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGÉSICOS
48404	INYECCIÓN DE ANESTESIA EPIDURAL CAUDAL CON FINES ANALGÉSICOS
94201	SONDEO Y LAVADO DE LAS VÍAS LAGRIMALES VÍA EXTERNA
112101	FROTIS DE CÓRNEA
169002	INYECCIÓN INTRAPALPEBRAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
169007	INYECCIÓN EN MÚSCULOS EXTRAOCULARES DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
180302	EXTRACCIÓN DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA
230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR
230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES
230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR
230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR
230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES
232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA
232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO
232104	OBTURACIÓN DENTAL
232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD
232401	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO
232402	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO
234101	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)
234102	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)
234103	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA
237101	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA
237200	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD
237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR
237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR
237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR
237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR
237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

237306	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR
237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)
237501	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)
237602	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN
237603	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA
237800	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD
240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD
243201	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS
243202	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS
243203	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA
243501	CUÑA DISTAL
243502	OPERCULECTOMÍA
247401	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)
247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)
247403	FERULIZACIÓN
248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD
249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD
260203	CATETERIZACIÓN Y SIALOMETRÍA
386301	ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS VÍA PERCUTÁNEA
389105	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA
389400	DISECCIÓN VENOSA SOD
389900	FLEBOTOMÍA TERAPÉUTICA SOD
399200	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) SOD
399601	PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO EN ASISTENCIA CIRCULATORIA
399701	PERFUSIÓN LOCAL (REGIONAL) DIRIGIDA CON CATÉTER
399702	PERFUSIÓN LOCAL
492401	ELECTROESTIMULACIÓN PERINEAL
549700	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL SOD
579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)
579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)
609100	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA SOD
700101	CULDOCENTESIS [COLPOCENTESIS]
758001	TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE ÚTERO
758002	TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE VAGINA
869500	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD
870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE
870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA
870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO
870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA
870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS
870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO
870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)
870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS
870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS
870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR
870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMÁTICO
870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NAALES
870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANAALES
870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR
870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR
870114	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]
870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]
870440	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES
870451	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES
870452	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES
870453	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS
870454	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES
870455	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES
870456	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO
870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO
870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO
870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]
871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL
871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL
871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA
871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR
871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA
871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX
871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL
871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL
871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS
871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL
871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN
871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)
871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES
871181	MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR
871208	RADIOGRAFÍA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZÓN Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDÍACA) CON BARIO EN ESÓFAGO
871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO
872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE
872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)
872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE
872103	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CON MARCADORES
872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA
872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE
872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)
872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE
872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL
872510	COLECISTOGRAFÍA ORAL
872520	COLANGIOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA
873001	RADIOGRAFÍA PARA SERIE ESQUELÉTICA
873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)
873003	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)
873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]
873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO
873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA
873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO
873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO
873123	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS
873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO
873205	RADIOGRAFÍA DE CODO
873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA
873210	RADIOGRAFÍA DE MANO
873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]
873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)
873304	RADIOGRAFÍA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS
873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL
873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)
873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)
873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL
873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)
873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)
873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)
873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)
873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA
873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)
873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)
873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA
873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)
873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES
873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
879111	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE
879112	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE
879113	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE
879116	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)
879121	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS
879122	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO
879131	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA
879132	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE
879141	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGÍA)
879150	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)
879161	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CUELLO
879162	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE
879201	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)
879205	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)
879301	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE TÓRAX
879302	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS
879391	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES
879410	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR
879411	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]
879420	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)
879421	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CADERA
879430	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTIC]
879460	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE PELVIS
879510	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES
879520	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES
879522	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)
879523	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)
879901	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE VASOS
879902	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTIC CORONARIO]
879903	TOMOGRFÍA COMPUTADA CON PERFUSIÓN
879910	TOMOGRFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL
879911	TOMOGRFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL
879920	TOMOGRFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)
879990	TOMOGRFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS
881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER
881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO
881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO
881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON CONTRASTE
881204	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL
881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO
881206	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO CON CONTRASTE
881207	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL
881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA
881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS
881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS
881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL
881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR
881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA
881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)
881320	ECOGRAFÍA DE ANO
881321	ECOGRAFÍA LAPAROSCÓPICA DE ABDOMEN
881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)
881360	ECOGRAFÍA PÉLVICA CON ANÁLISIS DOPPLER
881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER
881390	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA
881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL
881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL
881403	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)
881410	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)
881411	ECOGRAFÍA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO
881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL
881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL
881434	PERFIL BIOFÍSICO
881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL
881436	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL
881437	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON DETALLE ANATÓMICO
881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL
881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL
881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL
881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER
881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
881603	ECOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN NERVIOS DE EXTREMIDADES

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO
881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO
881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)
881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO
881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA
881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO
881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE
881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA
881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO
881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
881702	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN
882103	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL
882105	DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS
882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO
882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO
882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS
882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL
882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES
882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS
882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO
882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA
882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS
882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE
882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES
882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES
882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS
882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL
882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA
882301	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES
882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES
882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES
882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES
882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR
882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES
882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR
882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS
882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO
882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS
882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL
890105	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

890115	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA
890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL
890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGÍA
890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA
890212	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA
890213	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL
890297	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGÍA
890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA
890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA
890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL
890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGÍA
890311	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA
890312	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA RESPIRATORIA
890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL
890397	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGÍA
890401	INTERCONSULTA POR MEDICINA GENERAL
890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL
890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA
890405	INTERCONSULTA POR ENFERMERÍA
890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA
890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL
890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGÍA
890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA
890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA
890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL
890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL
890418	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA
890419	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL
890420	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA
890421	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA
890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
890423	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL
890424	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL
890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
890427	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR

ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA
890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
890432	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX
890434	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL
890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA
890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
890444	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
890445	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA
890447	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA
890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
890451	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
890452	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA
890455	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA
890464	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
890470	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA
890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA
890472	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA
890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
890475	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA
890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
890481	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
890485	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
890486	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

890488	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
890489	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL
890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA
890605	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERÍA
890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA
890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FÍSICA
890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA
890615	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
891302	PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO VALORADA POR PICO FLUJO NASAL INSPIRATORIO
891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO
891503	REFLEJO NEUROLÓGICO TRIGÉMINO FACIAL (PALPEBRAL)
891504	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN MÁXIMA DE NERVIOS FACIALES [HILGER]
891505	ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA CORTICAL
891507	REFLEJOS NEUROLÓGICOS BULBO CAVERNOSO
891509	NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIOS)
891511	PRUEBA DE ESTÍMULO REPETITIVO
891512	TRIPLES CAROTIDEOS
891513	PRUEBA FUNCIONAL DE RESPUESTA A MEDICAMENTOS
891514	ONDA F (POR NERVIOS)
891515	REFLEJO H (POR NERVIOS)
891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES (CADA EXTREMIDAD)
891531	POTENCIALES EVOCADOS DE LATENCIA MEDIA Y LARGA
891532	POTENCIALES EVOCADOS MOTORES CON ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA
892302	ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER VESICAL
892400	UROFLUJOMETRÍA SOD
892600	ESFINTEROMANOMETRÍA SOD
892800	CISTOMETRÍA SOD
893109	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL
893701	VOLÚMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFÍA, PRE Y POST BRONCODILATADORES
893702	VOLÚMENES PULMONARES POR GASES (HELIO OTROS.), PRE Y POST BRONCODILATADORES
893703	ESPIROMETRÍA
893801	CONSUMO DE OXÍGENO Y PRODUCCIÓN DE CO2 EN REPOSO
893802	CURVA DE HIPEROXIA
893805	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES
893806	CAPACIDAD DE DIFUSIÓN CON MONÓXIDO DE CARBONO
893808	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE
893809	RESISTENCIA DE VÍAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFÍA SIMPLE
893812	REGISTRO DE OXIMETRÍA CUTÁNEA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

893816	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPOXIA
893817	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPERCAPNIA
893822	VENTILACIÓN VOLUNTARIA MÁXIMA
894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR
894401	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR
894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS
895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)
895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
895005	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO
897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO
898001	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL
898002	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN
898003	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO [BACAF]
898004	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)
898005	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL
898006	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN
898007	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO [BACAF]
898034	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA ANAL
898101	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA
898102	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN BIOPSIA
898201	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
898202	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
898222	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO
898241	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
898242	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)
901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO
901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
901008	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD
901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]
901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA
901103	COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA
901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
901109	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA
901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS
901201	Actinomyces CULTIVO
901202	Bordetella pertussis CULTIVO

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

901205	Clostridium difficile CULTIVO
901206	COPROCULTIVO
901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO
901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO
901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)
901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA
901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA ÓSEA
901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA
901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL
901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA
901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA
901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA
901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES
901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA
901220	Helicobacter pylori CULTIVO
901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA
901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA
901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA
901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA
901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO
901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO
901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO
901233	Neisseria meningitidis CULTIVO
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)
901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)
901238	Yersinia enterocolítica CULTIVO
901240	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO
901301	BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA
901303	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN
901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA
901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)
901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN
901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX
901319	Shigella SEROTIPIFICACIÓN
901320	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN
901321	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)
901322	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN
901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA
901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO
902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]
902003	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

902004	ANTICOAGULANTE LÚPICO
902005	PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL
902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA
902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)
902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)
902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]
902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]
902015	FACTOR III PLAQUETARIO
902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]
902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]
902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN
902019	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND
902020	FACTOR X [STUART PROWER]
902021	FACTOR XI [PTA]
902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]
902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]
902024	FIBRINÓGENO
902025	HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACIÓN
902029	PLASMINÓGENO
902031	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO
902033	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD
902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO
902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD
902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL
902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE
902039	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)
902041	RETRACCIÓN DE COÁGULO
902043	TIEMPO DE COAGULACIÓN
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
902046	TIEMPO DE SANGRÍA [IVY O DUKE]
902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO
902048	TIEMPO DE TROMBINA
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
902053	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES
902101	CÉLULAS L.E.
902104	DIMERO D AUTOMATIZADO
902105	DIMERO D MANUAL
902106	ERITROPOYETINA
902107	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS
902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA
902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

902110	HEMOGLOBINA A 2
902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA
902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA
902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA
902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL
902115	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]
902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA
902121	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]
902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL
902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA
902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA
902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL
902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO
902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
902211	HEMATOCRITO
902213	HEMOGLOBINA
902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA
902215	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA
902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)
902217	PRUEBA DE TORNQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]
902218	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA
902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL
902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL
902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL
903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA
903003	BICARBONATO
903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H
903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA
903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H
903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA
903011	DEOXIPIRIDINOLINA
903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO
903014	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-BUTIRATO
903015	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-CLORACETATO
903016	FERRITINA
903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA
903018	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

903020	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA
903022	HOMOCISTEÍNA
903024	LACTÓGENO PLACENTARIO
903025	METANEFIRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS
903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL
903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS
903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA
903030	MIOGLOBINA CARDÍACA
903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO
903033	OSMOLARIDAD EN ORINA
903034	OSMOLARIDAD EN SUERO
903037	PIRIDINOLINA EN ORINA
903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS
903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE
903040	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL
903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS
903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]
903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory
903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA
903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA
903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA
903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL
903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL
903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE
903059	METANEFIRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS
903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA
903067	METANEFIRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
903068	METANEFIRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
903069	NORMETANEFIRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES
903103	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS
903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS
903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO
903106	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS
903109	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS
903110	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO
903111	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]
903113	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS
903114	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS
903202	FENILALANINA CUALITATIVA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

903301	GALACTOSA CUANTITATIVA
903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]
903402	ALDOLASA
903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO
903407	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE
903409	APOLIPOPROTEÍNAS A1 SEMIAUTOMATIZADA
903410	APOLIPOPROTEÍNAS B SEMIAUTOMATIZADA
903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA
903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA
903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]
903420	COLINESTERASA SERICA
903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN
903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA
903425	FRUCTOSAMINA
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA
903428	HEMOSIDERINA EN ORINA
903429	ISOCITRATO DESHIDROGENASA
903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA
903431	LIPOPROTEÍNA A
903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA
903436	TROPONINA I CUALITATIVA
903437	TROPONINA I CUANTITATIVA
903438	TROPONINA T CUALITATIVA
903439	TROPONINA T CUANTITATIVA
903501	LÍQUIDO AMNIÓTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY
903502	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)
903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)
903504	LÍQUIDO SINOVIOL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA)
903505	LÍQUIDO SINOVIOL CRISTALES
903506	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)
903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS
903602	AMONIO
903603	CALCIO AUTOMATIZADO
903604	CALCIO IÓNICO
903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
903608	ZINC
903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS
903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

903612	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN DIRECTA
903613	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN INDIRECTA
903701	VITAMINA A [RETINOL]
903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]
903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]
903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]
903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]
903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]
903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]
903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]
903709	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]
903711	VITAMINA K
903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903802	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
903807	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECuento DE POLIMORFONUCLEARES)
903808	BALANCE NITROGENADO [ÍNDICE CATABÓLICO]
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO
903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS
903812	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO
903813	CLORO
903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO
903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
903818	COLESTEROL TOTAL
903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA
903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA
903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]
903822	CREATINA
903823	CREATININA DEPURACIÓN
903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA
903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE
903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA
903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS
903830	FOSFATASA ÁCIDA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

903831	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA
903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA
903833	FOSFATASA ALCALINA
903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO
903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
903837	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO
903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA
903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
903840	GLUCOSA EN ORINA
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA
903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL
903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA
903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN
903846	HIERRO TOTAL
903847	LIPASA
903848	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)
903849	LÍQUIDO ASCÍTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)
903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)
903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)
903852	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)
903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)
903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
903856	NITRÓGENO UREICO
903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS
903858	OSMOLARIDAD CALCULADA
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS
903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]
903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS
903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS
903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
903868	TRIGLICERIDOS
903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

903870	UREA EN ORINA DE 24 HORAS
903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL
903872	SODIO EN ORINA PARCIAL
903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL
903874	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL
903875	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL
903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL
903877	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL
903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL
903880	COLOR EN ORINA PARCIAL
903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS
903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]
903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)
903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)
903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)
903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)
903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)
903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)
903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)
903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)
903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
904004	RENINA TOTAL
904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA
904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]
904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA
904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA
904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]
904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE
904106	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA
904107	HORMONA LUTEINIZANTE
904108	PROLACTINA
904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)
904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA
904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA
904203	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA
904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN
904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA
904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS
904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA
904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS
904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICADA CADA MUESTRA
904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA
904501	ANDROSTENEDIONA
904503	ESTRADIOL
904504	ESTRIOL
904505	ESTRIOL LIBRE
904506	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)
904508	GONADOTROPINA CORIÓNICADA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA
904510	PROGESTERONA
904601	TESTOSTERONA LIBRE
904602	TESTOSTERONA TOTAL
904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA
904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)
904704	INSULINA (CADA MUESTRA)
904705	INSULINA LIBRE
904706	PÉPTIDO C
904708	SOMATOSTATINA
904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)
904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)
904713	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)
904714	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)
904715	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)
904716	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
904717	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
904718	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)
904801	ALDOSTERONA
904802	ALDOSTERONA EN ORINA
904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA
904804	CETOESTEROIDES 17
904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS
904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)
904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS
904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA
904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA
904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17
904812	CORTISOL AM
904813	CORTISOL PM

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN
904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE
904909	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE
904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL
904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA
904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL
904915	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIOTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE
904920	TIROGLOBULINA
904921	TIROXINA LIBRE
904922	TIROXINA TOTAL
904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)
904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE
904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL
904926	TIROXINA NORMALIZADA
904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA
905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL <i>FACTOR Xa</i> (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)
905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO
905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA
905406	KANAMICINA AUTOMATIZADO
905407	NETILMICINA AUTOMATIZADO
905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO
905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO
905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO
905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO
905606	NITROPRUSIATO DE SODIO
905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO
905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO
906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO
906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL
906003	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO
906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO
906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906021	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906033	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906035	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906108	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906109	Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES
906111	Coccidioides ANTICUERPOS
906113	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO
906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO
906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906133	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906135	Aspergillus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G
906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M
906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES
906210	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE Hbc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906224	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA
906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO
906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO
906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO
906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO
906245	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906246	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS
906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA
906253	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G
906260	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL
906261	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL
906262	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] MANUAL
906301	Adenovirus ANTÍGENO
906302	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1
906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906304	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906306	Bordetella pertussi ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906307	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906314	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO
906315	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906316	Giardia lamblia MANUAL
906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]
906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906320	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906321	Influenza ANTÍGENO
906322	Legionella spp ANTÍGENO
906323	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO
906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO
906326	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

906327	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL
906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO
906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO
906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906411	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO
906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906422	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906423	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906428	ISOLEUCOAGLUTININAS
906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
906436	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO
906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO
906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906444	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO
906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO
906449	PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906454	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS
906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO
906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL
906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO
906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS
906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

906464	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL
906465	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906501	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)
906502	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)
906509	ANTICUERPOS CITOTÓXICOS ANTI HLA
906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I
906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II
906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906612	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906622	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906801	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906807	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA
906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO
906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO
906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO
906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906824	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO
906826	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO
906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO
906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO
906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO
906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO
906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906901	AGLUTININAS AL FRÍO
906902	AGLUTININAS AL CALOR
906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO
906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO
906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO
906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO
906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO
906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL
907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES
907002	COPROLÓGICO
907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN
907004	COPROSCÓPICO
907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)
907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]
907007	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]
907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]
907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)
907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS
907013	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS
907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS
907102	HEMOGLOBINURIA
907103	PROTEÍNAS DE BENICE JONES MANUAL
907104	RECuento DE ADDIS
907105	RECuento HAMBURGUER
907106	UROANÁLISIS
907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL
907108	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA
907109	DENSIDAD URINARIA
907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO
907203	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)
908309	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

908310	AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO
908311	AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA
908312	AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO
908313	AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL
908316	FENILALANINA CUANTITATIVA
908317	TIROSINASA TEST CON RAÍZ DE CABELLO
908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD
908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD
908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS
908329	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO
908337	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO
908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS
908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUANTITATIVOS
908344	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD
908346	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD
908802	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO
908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL
908806	Hepatitis B CARGA VIRAL
908807	Hepatitis C CARGA VIRAL
908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL
908861	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
908873	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
908875	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
908876	Leishmania IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)
911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN POR MICROTECNICA
911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN EN TUBO
911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA
911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO
911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTECNICA
911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO
911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA
911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO
911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA
911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO
911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTÍGENO
911012	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTÍGENO
911013	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTECNICA
911014	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA
911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO
911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA
911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO
911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA
911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO
911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA
911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO
911023	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE POR MICROTÉCNICA
911024	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO
911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA
911026	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO
911027	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS
911028	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS
911029	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS
911034	DETECCIÓN DE ISOAGLUTININAS EN TUBO
911035	DETECCIÓN DE ISOAGLUTININAS POR MICROTÉCNICA
911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSIÓN [PREDEPÓSITO]
911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR
911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS
911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO
911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR
911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS
911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS
911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO
911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL
911113	IRRADIACIÓN DE HEMOCOMPONENTE
911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)
911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)
911118	PROCESAMIENTO DE HEMOCOMPONENTE ALÍCUOTA PEDIÁTRICA
911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS
911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFÉRESIS O ERITROFÉRESIS
911301	CITAFÉRESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)
912001	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO
912002	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS
912003	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS
912004	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL
912005	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO
912010	EXSANGUINO TRANSFUSIÓN
912011	HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA INTRAOPERATORIA
912012	TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA POR OBTENCIÓN MECÁNICA INTRAOPERATORIA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

912020	INFUSIÓN DE EXPANSORES PLASMÁTICOS
930106	EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE DESÓRDENES DE LENGUAJE
930107	PRUEBAS FONOAUDIOLÓGICAS DEL HABLA
930108	ANÁLISIS ACÚSTICO DE LA VOZ
930109	ANÁLISIS ACÚSTICO DE LA PALABRA
930111	ANÁLISIS MIOFUNCIONAL OROFACIAL
930200	EVALUACIÓN ORTÉSICA SOD
930300	EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES SOD
930401	EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR
930402	EVALUACIÓN DE FUNCIÓN MUSCULAR ESTÁTICA, DINÁMICA Y FLEXIBILIDAD
930805	ELECTROMIOGRAFÍA DE SUPERFICIE
930820	ELECTROMIOGRAFÍA EN CARA
930860	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)
931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
931101	MODALIDADES CINÉTICAS DE TERAPIA
931600	MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA SOD
933601	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR
933901	TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL
934501	TRACCIÓN ESQUELÉTICA DE MIEMBROS
934601	TRACCIÓN CUTÁNEA DE MIEMBROS
935000	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA SOD
935100	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO SOD
935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)
935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO
935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO
935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)
935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE
935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)
935307	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX
935308	MANIPULACIÓN Y APLICACIÓN DE YESO PARA MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE
935400	APLICACIÓN DE FÉRULA SOD
935500	APLICACIÓN DE ALAMBRE DENTAL SOD
935700	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD
937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD
937101	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO
937201	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA
937202	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ
937203	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN
937300	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD
937400	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO-COMUNICATIVOS SOD
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

939000	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA [RPPC] SOD
939100	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE [RPPI] SOD
939300	MÉTODOS DE RESUCITACIÓN NO MECÁNICOS (RESPIRACIÓN ARTIFICIAL, BOCA A BOCA, MANUAL) SOD
939401	MEDICACIÓN RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACIÓN (AEROSOLTERAPIA)
939402	NEBULIZACIÓN
939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
940901	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA
941101	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA
950501	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFÉRICO CONVENCIONAL
950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFÉRICO COMPUTARIZADO
950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL
950602	INTERFEROMETRÍA
950610	RECuento DE CÉLULAS ENDOTELIALES
951102	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO
951103	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO
951202	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO
951203	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO
951302	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B
951303	ECOGRAFÍA DE ÓRBITA MODO A Y B
951401	ESTUDIO RADIOLOGICO DE OJO
951502	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACIÓN
952001	BIOMETRÍA OCULAR
952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES
952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES
952501	PAQUIMETRÍA
952601	TONOGRAFÍA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS
954102	AUDIOMETRÍA POR OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO
954103	AUDIOMETRÍA POR REFUERZO VISUAL
954104	AUDIOMETRÍA POR JUEGO CONDICIONADO
954105	LOGOAUDEMTRÍA POR SEÑALAMIENTO DE LÁMINAS Y REPETICIÓN DE PALABRAS
954107	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AÉREOS Y ÓSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRÍA TONAL]
954301	LOGOAUDEMTRÍA
954302	INMITANCIA ACÚSTICA (IMPEDANCIOMETRÍA)
954304	INMITANCIA ACÚSTICA MULTIFRECUENCIA
954305	ACUFENOMETRÍA [TINNITUGRAMA]
954306	EVALUACIÓN ELECTROACÚSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO
954307	LOGOAUDEMTRÍA SENSIBILIZADA
954601	EMISIONES OTOACÚSTICAS
954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD
954627	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA ANÁLISIS DE HABITUACIÓN Y SINCRONÍA NEURAL
954628	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VÍA ÓSEA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

954629	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD-LATENCIA
954630	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDÍA
954631	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PRÓTESIS AUDITIVAS
960100	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA NASOFARÍNGEA SOD
960200	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA SOD
960300	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OBTURADA ESOFÁGICA SOD
960401	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA
960402	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL DOBLE LUZ
960403	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON BLOQUEADOR SELECTIVO
960404	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON Sonda LUMINOSA
960700	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O Sonda NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN) SOD
960900	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O Sonda RECTAL SOD
961400	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD
961601	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA
962100	DILATACIÓN DEL RECTO SOD
962300	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA SOD
963100	LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA SOD
963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD
963800	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS SOD
963900	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD
964100	IRRIGACIÓN, LAVADO O LIMPIEZA E INSTILACIÓN LOCAL DE COLECISTOSMÍA Y OTRO TUBO BILIAR SOD
964900	INSTILACIÓN GENITOURINARIA SOD
965100	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO SOD
965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS
965202	CURACIÓN DE OIDO
965203	CURACIÓN DE OIDO VÍA ENDOSCÓPICA
965301	IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE CONDUCTOS NAALES
965500	LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA SOD
965901	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA GENERAL
965902	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL
966101	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL POR Sonda
970100	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA SOD
970200	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA SOD
970300	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO SOD
971100	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD
971200	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD
971400	SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA SOD
971500	SUSTITUCIÓN DE CATÉTER DE HERIDA SOD
971600	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN O DRENAJE DE HERIDA SOD
972100	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN NASAL SOD
972200	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN DENTAL SOD

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

972300	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA SOD
972400	SUSTITUCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL SOD
973200	EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL SOD
973700	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA SOD
973800	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD
974100	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD
974300	RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX (RETIRO DE PUNTOS) SOD
976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL
978300	EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL SOD
978801	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO
981202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
991100	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH SOD
991401	INYECCIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES
991402	APLICACIÓN INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA
991403	APLICACIÓN INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA
991501	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN PARENTERAL
991600	INYECCIÓN DE ANTÍDOTO SOD
991800	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD
992101	INFILTRACIÓN, IRRIGACIÓN O INSTILACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA
992102	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO
992200	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL SOD
992300	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE SOD
992901	INYECCIÓN DE VITAMINA K
992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA
996101	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO ELECTIVA
996102	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO
996300	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO SOD
996400	ESTIMULACIÓN DE SENO CAROTÍDEO SOD
996901	OTRA CONVERSIÓN DE RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR
998002	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE CALENTADORES DE LÍQUIDOS
998005	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA
998201	MONITOREO DE LA PROFUNDIDAD ANESTÉSICA
998203	MONITOREO DE LA PERFUSIÓN TISULAR
998301	FOTOTERAPIA CONTINUA
998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO
998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO
2DS001	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS)
5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS
5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)
5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS
5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA

**ANEXO 9 – ACTIVIDADES INTERMEDIAS
CONTRATO No. 003-2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA
5DSM01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA
601T02	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, SECUNDARIO
602T02	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO
7DS004	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS
7DS006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL
940701	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO)

Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado.

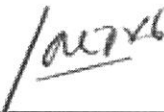
LA ENTIDAD



OMAR PEÑA BALLESTEROS
REPRESENTANTE LEGAL
CAPITAL SALUD EPS-S



CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA MEDICA
CAPITAL SALUD EPS-S



JOSE DIONSIO VARGAS GIRALDO
SUBDIRECTOR BOGOTÁ
CAPITAL SALUD EPS-S

EL CONTRATISTA



YIYOLA YAMILE PEÑA RÍOS
REPRESENTANTE LEGAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD CENTRO ORIENTE ESE

