


## PROCEDIMIENTO

	Gestión de Solicitudes de Ingreso y Novedades	<b>Código:</b> MP-PR-023 <b>Versión:</b> 0021
---	---	--

## 1. OBJETIVO

Definir los gestión de las solicitudes de ingreso y novedades en los diferentes programas y planes de las líneas de servicio de Coomeva Medicina Prepagada (Medicina Integral, Salud Oral y Emergencia Médica).

## 2. ALCANCE

Inicia con la recepción de la solicitud de ingreso o novedad hasta la remisión de las solicitudes a grabación o devolución a los asesores comerciales.

## 3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

[Ver terminos y definiciones.](#)

## 4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- [\(MP-DC-069\):Administración de servicios MP para empleados del grupo empresarial Coomeva](#)
- [\(MP-DC-070\):Manejo Plan Colectivos](#)
- [\(MP-DC-071\):Manejo Bebé Gestación](#)
- [\(MP-DC-072\):Reactivación de usuarios. Operación Retorno y Renovación Masiva](#)
- [\(MP-DC-016\):Instructivo Pago Anticipado](#)
- [\(MP-PR-027\):Administración de Retiros](#)
- [\(MP-DC-268\):Requisitos de Solicitudes y Novedades Medicina Prepagada](#)
- [\(MP-PR-024\):Evaluación Medica de Ingreso](#)

## ANEXOS-MP

- [Carta Proforma Bienvenida Colectivo Medicina Integral](#)
- [Escritura Pública Jefes de Venta, Directores Comerciales Regionales](#)

## FORMATOS A UTILIZAR EN EL PROCESO-MP

Solicitudes	Contratos	Anexos Coberturas	Otro-Si
<a href="#">(MP-FT-003):Solicitud de Ingreso</a> <a href="#">(MP-FT-400):Solicitud</a>	<a href="#">(MP-FT-641):Contrato de Prestación de Servicios de Salud</a> <a href="#">(MP-FT-642):Contrato de Prestación de Servicios de Salud programa ORO-PLUS</a> <a href="#">(MP-FT-640):Contrato Hospitalización, Cirugía y Maternidad</a>	<a href="#">(MP-FT-744):Anexo 12- Cobertura Seguro de Vida. Programas: Plata Joven y Asociado</a> <a href="#">(MP-FT-742):Anexo 10- Cobertura Seguro de Vida. Programas: Oro Plus, Tradicional, Clásico, Plata, Oro y Extensión Años Dorados</a> <a href="#">(MP-FT-667):Anexo 1 Coberturas - Anexo 2 Valor a Asumir por el Usuario - Programa Hospitalización, Cirugía y Maternidad</a> <a href="#">(MP-FT-662):Anexo 2 Coberturas del Servicio Programa Asociado</a> <a href="#">(MP-FT-665):Anexo 2 Coberturas del Servicio Programa Tradicional Especial</a> <a href="#">(MP-FT-656):Anexo 1 Coberturas Programa de Salud Oral Dental Elite</a> <a href="#">(MP-FT-664):Anexo 2 Coberturas del Servicio Programa Plata Joven</a> <a href="#">(MP-FT-663):Anexo 2 Coberturas del Servicio Programa Oro - Plus</a> <a href="#">(MP-FT-668):Anexo 1 Copagos y Pagos Moderadores - Coberturas Programa Oro</a> <a href="#">(MP-FT-669):Anexo 2 Cuadro Pago</a>	<a href="#">(MP-FT-670):Otro Si al Contrato de Prestación de Servicios Medicina Prepagada Medicina Prepagada</a>

<a href="#">de Ingreso al Sistema Integral de Salud (Carbones)</a>  <a href="#">(MP-FT-452):Ingreso/Novedades Banco Popular</a>  <a href="#">(MP-FT-587):Ficha Acuerdo Corporativo</a>  <a href="#">(MP-FT-299):Cotización de Area Protegida</a>  <a href="#">(MP-FT-302):Solicitud Matriz de Planes Colectivos</a>  <a href="#">(MP-FT-375):Definición de Variables para Cotización del Servicio de Salud-Colectivos</a>  <a href="#">(MP-FT-078):Traslado de Usuarios Entre Ciudades</a>  <a href="#">(MP-FT-026):Traslado de Usuarios</a>  <a href="#">(MP-FT-623):Anexo Solicitud De Ingreso Modular Preferencial</a>	<a href="#">(MP-FT-648):Contrato de Prestación de Servicios de Salud programa Tradicional Especial</a>  <a href="#">(MP-FT-645):Contrato de Prestación de Servicios de Salud programa Plata Joven</a>  <a href="#">(MP-FT-674):Contrato de Prestación de Servicios de Salud programa Asociado</a>  <a href="#">(MP-FT-646):Contrato de Prestación de Servicios del Programa Salud Oral</a>  <a href="#">(MP-FT-647):Contrato Prestación de Servicios Programa Salud Oral Dental Elite</a>  <a href="#">(MP-FT-696):Contrato Prestacion de Servicios de Atencion de Urgencias y Emergencias Domiciliaria - Cuem</a>  <a href="#">(MP-FT-624):Contrato Modular Preferencial</a>	<a href="#">Moderador y Coberturas - Programa Tradicional, Clasico y Plata</a>  <a href="#">(MP-FT-671):Anexo 1 Coberturas Programa de Salud Oral</a>  <a href="#">(MP-FT-668):Anexo 1 Copagos y Pagos Moderadores - Coberturas Programa Oro</a>  <a href="#">(MP-FT-669):Anexo 2 Cuadro Pago Moderador y Coberturas - Programa Tradicional, Clasico y Plata</a>  <a href="#">(MP-FT-659):Anexo 1 Copagos y Pagos Moderadores - Anexo 4 Tarifas y Forma de Pago - Programa Plata Joven</a>  <a href="#">(MP-FT-657):Anexo 1 Copagos y Pagos Moderadores - Anexo 4 Tarifas y Forma de Pago - Programa Asociado</a>  <a href="#">(MP-FT-658):Anexo 1 Copagos y Pagos Moderadores - Anexo 4 Tarifas y Forma de Pago - Programa Oro Plus</a>  <a href="#">(MP-FT-660):Anexo 1 Copagos y Pagos Moderadores - Anexo 4 Tarifas y Forma de Pago - Programa Tradicional Especial</a>  <a href="#">(MP-FT-638):Anexo 2 Copagos y Pagos Moderadores - Anexo 4 Tarifas y Formas de Pago - Programa Modular Preferencial</a>	<a href="#">S.A. (Otro Si Preexistencias)</a>  <a href="#">(MP-FT-655):Otro Si a las Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Medicina Prepagada Medicina Prepagada S.A. Para el Programa (Otro Si Traslado)</a>  <a href="#">(MP-FT-649):Otro Si a las condiciones generales del Contrato de Prestación de Servicios de Coomeva Medicina Prepagada S.A para los contratantes de los programas Tradicional, Clásico, Plata y Oro celebrados a partir del año 2007 (Otro Si Descongelamiento de Edad)</a>  <a href="#">(MP-FT-651):Otro Si Número Uno (1) al Contrato de Prestación de Servicios de Atención Prehospitalaria de Emergencias y Transporte en Ambulancia Número 27112 Suscrito entre Coomeva Medicina Prepagada S.A. y El Contrante (Otro Si Area Protegida CEM)</a>  <a href="#">(MP-FT-650):Otro Si a las Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Medicina Prepagada Medicina Prepagada S.A. para el Programa Oro (Otro Si Bebe Gestacion)</a>  <a href="#">(MP-FT-654):Otro Si a las Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Coomeva Medicina Prepagada S.A. para el Programa Oro (Fallecimiento de Contratante)</a>
		<div>Modulares</div> <div> <a href="#">(MP-FT-637):Anexo 1 Submodulos (Asistencia de Viajes-Medicamentos-Auxilio Funerario-Asistencia Domiciliaria-Renta Diaria por Hospitalizacion) Programa Modular Preferencial</a>   <a href="#">(MP-FT-636):Anexo 1 Submodulos (Insumos-Alto-Costo-Odontología-Ambulatorio) Programa Modular Preferencial</a>   <a href="#">(MP-FT-631):Anexo 10 Submódulo Renta Diaria Hospitalización - Programa Modular Preferencial</a>   <a href="#">(MP-FT-635):Anexo 1 Coberturas del Servicio Programa Modular Preferencial</a> </div>	

Otros Formatos Soporte

[\(MP-FT-083\):Recibo de Caja](#)

[\(MP-FT-073\):Factura de Venta](#)

[\(MP-FT-300\):Autorización para Descuento por Nomina](#)

[\(MP-FT-775\):Convenio Corporativo](#)

[\(MP-FT-602\):Control Acuerdos Corporativos](#)

[\(MP-FT-587\):Ficha Acuerdo Corporativo](#)

[\(MP-FT-0926\):Declaración de Conocimiento del Área de Cobertura](#)

[\(MP-FT-0893\):Control de Autorización para Firma de Contratos MP](#)

## **5. NORMAS**

Una vez el asesor comercial haya contactado al usuario potencial, éste debe brindar una información completa sobre los planes y programas que ofrece Coomeva Medicina Prepagada en sus diferentes líneas de servicio (Medicina Integral, Salud Oral y Emergencia Médica).

Si el usuario se encuentra interesado en adquirir un producto de la línea Coomeva Emergencia Médica, el asesor comercial debe verificar si éste reside dentro del área de cobertura de prestación del servicio, para ello se debe hacer lo siguiente:

- Si el barrio en el que reside el usuario se encuentra en el listado de barrios de área de cobertura, se procede a diligenciar la solicitud de ingreso.
- Si el barrio en el que reside el usuario no se encuentra en el listado de barrios de área de cobertura, el asesor comercial debe comunicarse telefónicamente con la Línea Lisa (01 8000 961338) y solicitar información que le permita confirmar si el usuarios potencial se encuentra registrado en el sistema dentro del área de cobertura o no.
- Si mediante la llamada se confirma que existe cobertura en el barrio donde reside el usuario se procede a diligenciar la solicitud de ingreso, de lo contrario se debe informar al usuario potencial que no se puede proceder con la solicitud.

### **5.1 La recepción de las solicitudes**

5.1.1 Se debe diligenciar una solicitud de ingreso por cada programa. Los Ejecutivos de Afiliación y asesores externos deben entregar diariamente la información de las ventas realizadas garantizando el ingreso de los usuarios en la fecha de corte acordada con el usuario y/o su vinculación como asociado.

5.1.2 El Analista o Auxiliar Regional Comercial es el encargado de ingresar las afiliaciones del canal externo al módulo de preafiliaciones y el Ejecutivo de Afiliación (canal interno), es el encargado de ingresar las solicitudes directamente en el módulo.

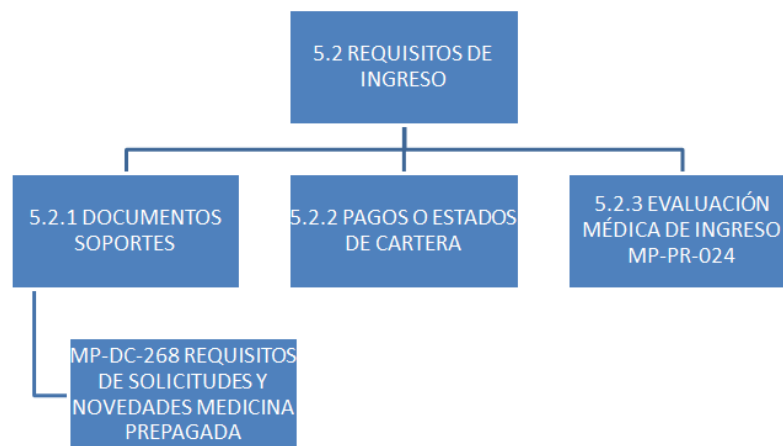
5.1.3 Las solicitudes de ingreso y novedades en la afiliación de Medicina Integral, Emergencias Médicas y Salud Oral, deben ser entregadas al Analista / Auxiliar Regional Operaciones (mesa de control).

5.1.4 La fecha y hora de recepción definida para el primer corte es el día 15 corriente a las 6:00 p.m. y para el segundo corte el día 30 corriente a las 12 del medio día, si estos días corresponden a fin de semana o festivo se adelanta el cierre al día hábil anterior. Es responsabilidad de la Dirección Nacional de Producto MP junto con la Dirección Nacional de Operaciones y la Dirección Nacional de Salud MP informar a las regionales (Comercial, Operaciones y Auditoría de Ingreso), la fecha y hora límite para la recepción de solicitudes o la modificación de esta.

5.1.5 Fechas de Corte: Los programas de Medicina Prepagada manejan dos cortes, el quince (15) y el treinta (30). Los usuarios del plan asociado deben quedar siempre en el mismo corte en el que se encuentren establecidos en la Cooperativa, es decir, los asociados que tengan corte cinco (5), diez (10), quince (15) y veinte (20) del mes en la Cooperativa, ingresarán en Medicina Prepagada (MI, SAO, CEM) con corte al quince (15) y los asociados que ingresen con corte al veinticinco (25) y treinta (30) en la Cooperativa quedarán con corte al treinta (30) en Medicina Prepagada.

### **5.2 Revisión de las solicitudes**

El Analista o Auxiliar Regional Operaciones, debe recibir las solicitudes de ingreso y novedades y es responsable de validar que cumplan con los requisitos de ingreso:



NOTA 1: Para las solicitudes de ingreso tramitadas a través de los Brokers, en caso que la gestión de venta haya sido realizada por un ejecutivo interno se permitirá que el código de asesor se modifique colocándolo entre paréntesis y registrando el código correcto y completo (Ej. AA001) en el campo específico de la Solicitud de Ingreso MP-FT-003 y con firma del Jefe de Venta quien será el garante de la veracidad de la información.

### 5.2.1 Requisitos en documentos soportes

5.2.1.1 Las solicitudes deben estar diligenciadas con lapicero negro, sin enmendaduras, ni tachaduras, letra legible, todos los campos de información diligenciados, incluyendo la información de los beneficiarios. Para el caso de ingreso a plan colectivo se debe diligenciar en los campos del contratante la información que corresponde al Cabeza de Familia, específicamente la dirección de residencia.

5.2.1.2 En caso extremo de que alguna solicitud de ingreso deba ser modificada, es potestad y responsabilidad del jefe de ventas la modificación, teniendo en cuenta que este contrato presta merito Ejecutivo y se debe garantizar que no afecte la legibilidad del documento ni la intención de la solicitud del usuario. Los únicos campos que pueden ser modificados son:

- Dirección, Ciudad, teléfono de Residencia y de Cobro
- Correo Electrónico
- Código EPS

**En caso de que el asesor requiera modificar alguno de los campos no mencionados, deberá diligenciar una nueva solicitud de ingreso.**

5.2.1.3 Las solicitudes deben tener anexo los respectivos soportes según el tipo de solicitud definidos en la Tabla de Requisitos de Ingreso o Novedades [MP-DC-268](#) y teniendo en cuenta las siguientes condiciones:

5.2.1.4 El soporte para certificar la afiliación ante una EPS debe ser: Certificado de Afiliación expedido por la EPS afiliada del régimen contributivo o la impresión de la consulta de la página del Fosyga, donde conste que se encuentra vigente (activo o suspendido).

5.2.1.5 No es necesario exigir la EPS a los extranjeros o colombianos que no son residentes en Colombia, para ello deberá adjuntar certificado de residencia o ciudadana en el país extranjero expedida por la entidad competente en la ciudad que reside.

5.2.1.6 Cuando el ingreso de un usuario nuevo es simultáneo también con la EPS de Coomeva, se debe anexar el formato de solicitud de ingreso a la EPS, con el sello de radicado dentro del mismo mes de la solicitud de ingreso.

5.2.1.7 Cuando la solicitud de ingreso corresponde a un usuario de EPS016 – Coomeva, el Analista o Auxiliar Regional Operaciones, en mesa de control, validará dentro del aplicativo Cooeps si para el periodo de inicio del contrato en MP, el usuario tiene Eps vigente (activo - suspendido), si cumple deberá colocar un "OK EPS", su nombre y firma.

5.2.1.8 Los documentos de identificación deben ser: registro civil para menores de 7 años, tarjeta de identidad menores entre 8 y 17 años, cédula de ciudadanía o cédula de extranjería para mayores de 18 años, pasaporte para extranjero no residente en Colombia (aplica cualquier edad). No se admite el certificado de nacido vivo como documento de identidad del usuario menor de edad.

5.2.1.9 Para los usuarios menores de siete (7) años se debe diligenciar la solicitud con el número básico del registro civil, número de 10 caracteres que inicia con uno (1).

5.2.1.10 No se requiere fotocopia de un documento de identificación cuando ya se tiene digitalizado una copia del mismo en extremo digital de Coomeva Medicina Prepagada, que corresponda el tipo de identificación con la edad. Si ya existe un documento el Analista o Auxiliar Regional de Operaciones - mesa de control, deberá dejar constancia colocando un "OK ID en Extremo", la fecha de verificación, nombre y su firma legible en la parte superior del formato.

5.2.1.11 Solo es necesario entregar un solo documento de identificación por cada usuario cuando se presenten al mismo día y hora varias solicitudes por diferentes líneas. El formulario que queda sin documento el Analista o Auxiliar Regional de Operaciones, en mesa de control, deberá dejar constancia colocando un "OK ID en formulario de afiliación a <>", la fecha de verificación, nombre y su firma legible en la parte superior del formato.

5.2.1.12 Para las inclusiones en un contrato existente no se requiere la firma de otro contrato.

5.2.1.13 Si el ingreso al servicio de MI, SAO o CEM es simultáneo con Asociado, se debe verificar si el ingreso a la Cooperativa ya fue efectuado en la aplicación Taylor. Hasta tanto no se verifique la afiliación en la Cooperativa no se procesa la solicitud. Si no existe el Asociado en Taylor, el Coordinador Regional de Vinculación Asociado debe enviar un correo al Jefe de Ventas de MP, donde certifique que el contratante fue aceptado como Asociado y que relacione el corte al cual pertenece de acuerdo con el numeral 5.1.5. Para áreas protegidas no se requiere diligenciar solicitud ingreso, solo se debe diligenciar [\(MP-FT-302\):Solicitud Matriz de Planes Colectivos](#)

5.2.1.14 Para traslados de usuarios a programas de mayor cobertura se debe anexar debidamente firmado por el contratante, el Otro Si Traslado al contrato.

5.2.1.15 En caso de traslado de todos los usuarios en colectivos solo se requiere la firma y sello del representante del legal del colectivo en el contrato y la lista de los usuarios del colectivo que aplican al traslado, relacionada como parte integral del contrato. Preferiblemente deben estar firmados tanto por el representante del colectivo como por el asegurado, pero no es causal de devolución.

5.2.1.16 Si el usuario desea adquirir un producto de la línea CEM, deberá firmar el formato [\(MP-FT-0926\):Declaración de Conocimiento del Área de Cobertura](#), con el cual comprende y acepta los términos, condiciones y restricciones alusivas al área de cobertura y manifiesta su deseo por contratar el programa ofrecido. El formato debe ir adjunto a la venta.

5.2.1.17 Contrato de Prestación de Servicio de Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A:

- Para efecto de toda relación contractual debe existir un contrato firmado, este podrá ser firmado en la parte correspondiente a la firma Coomeva MP representante legal, por el Gerente Regional, Director Comercial o Jefe de Ventas. Esto para lo correspondiente a contratos de Medicina Integral, Salud Oral y Coomeva Emergencia Médica para todos los planes.
- Esta potestad para la firma de los contratos es brindada por el Gerente Regional, al Director Comercial o Jefe de Ventas mediante la firma del poder autenticado ante notaría pública, anexo Escritura Pública Jefes de Venta, Directores Comerciales.
- Los Directores Jurídicos Regionales deben corroborar que así mismo los gerentes regionales tengan la facultad para delegar tal poder de firma de los contratos.
- Los Directores Regionales Comerciales tendrán bajo su responsabilidad garantizar la realización y cancelación de poderes de jefes de venta que ingresen nuevos a la compañía y los jefes de venta que se retiren.
- El Coordinador Regional de Operaciones será el responsable de validar semestralmente la existencia y vigencia de los poderes firmados por los Directores Comerciales Regionales y Jefes de Venta, estas carpetas estarán bajo custodia en el área de contratación de cada regional; es responsabilidad de los Directores Regionales Comerciales garantizar la vigencia de estos poderes.
- La implementación de esta norma es referente a los procesos de auditoría y control interno mediante el formato [\(MP-FT-0893\):Control de Autorización para Firma de Contratos MP](#).
- Para el caso específico de los Colectivos que tengan coberturas y tarifas especiales, estos deberán ser firmados por el Gerente Regional o Gerente General de Medicina Prepagada, previo vistos buenos de las direcciones Regionales o Nacionales, Jurídicas, Médicas, Comerciales, Salud Oral y Coomeva Emergencia Médica en los casos que aplique.

#### 5.2.1.2 Proporcionalidad

a) El ingreso de usuarios a Medicina prepagada se puede realizar con proporcionalidad generando un cobro del servicio, el cual será calculado entre la fecha de radicación de la solicitud de ingreso más tres (3) días y la fecha del corte.

b) El ingreso con cobro de proporcionalidad aplica para todos los planes excepto en Colectivos.

c) Si la fecha de radicación está dentro de los 4 días anteriores a la fecha de corte, no se cobra proporcionalidad y el servicio inicia a partir del día dieciséis (16) (Para los corte 15) o el primer (1) día del mes siguiente (Para los corte 30).

#### 5.2.1.20 Descongelamiento de edad

a) Si un usuario está descongelado, una vez cumpla sesenta (60) años se debe cambiar el rango de edad cada cinco (5) años, con lo cual genera una variación en la tarifa a pagar.

b) Las únicas excepciones vigentes para mantener el congelamiento son: Muerte del contratante, siempre y cuando sus usuarios desean continuar bajo las mismas condiciones, traslado entre ciudades o desistimiento del retiro dentro del mismo mes de la novedad para los asociados a la Cooperativa

c) El congelamiento por traslado de ciudad mencionado en la excepción, se debe realizar bajo las mismas condiciones, en el que se encuentra el contrato en la ciudad origen, es decir, debe quedar en la ciudad destino con el mismo plan, programa, contratante y usuarios.

#### *Condiciones Especiales para usuarios del Plan Asociado*

a) Los usuarios que gozan de una tarifa de edad congelada en cualquier programa de Medicina Integral y se encuentran activos como asociados a la Cooperativa, podrán realizar cambios en su contrato incluidos pero no limitados a:

- Cambio de programa
- Cambio de contratante
- Reactivación menor a un año

b) Debe estar activo en la cooperativa y sin ningún saldo en mora en ambas empresas. (Para conservar el congelamiento debe de reactivarse en el plan asociado en condición de asociado en cualquier programa).

c) Los usuarios actuales vinculados a un programa de Medicina Integral que gozan de una tarifa de edad congelada en el Plan Familiar, Colectivo, Empleado, Asesor y se vinculen a la cooperativa, podrán trasladarse al Plan Asociado conservando el mismo beneficio.

d) Se mantienen las políticas que aseguran la permanencia del congelamiento cuando el asociado realiza traslado entre ciudades, muerte del contratante y desistimiento del retiro de Coomeva Cooperativa.

e) Si un beneficiario se encuentra congelado al momento del retiro y va a reactivarse como contratante con servicio y desea conservar las condiciones de congelamiento, debe de asociarse a la cooperativa y debe de cumplir con las condiciones de reactivación.

#### 5.2.2 Pagos o estado de cartera

5.2.2.1 Los pago de la primera cuota o cuota de inscripción, debe venir soportado en el formato [MP-FT-083](#), este debe estar totalmente diligenciado, con sello del banco.

5.2.2.2 El monto de la primera cuota debe ser igual a tarifa definida, así:

a) Contratos Individuales: la tarifa para cada programa y plan está definida en su respectivo anexo y se escoge por tipo de sexo (Femenino o Masculino) y según el rango de edad del usuario calculada entre la fecha de nacimiento y la fecha de inicio del servicio en Coomeva Medicina Prepagada.

b) Contratos Colectivos: el cálculo de la tarifa se realiza acorde a lo definido en el [MP-DC-070](#) Manejo Plan Colectivos

c) Áreas protegidas: la determinación de tarifas de Área Protegida debe ser definida por el Coordinador operativo de CEM en conjunto con el Jefe de Ventas de CEM, de acuerdo a la matriz de tarifas de área protegida [MP-FT-302](#)

5.2.2.3 El pago de la cuota de inscripción depende del plan o programa y puede tener excepciones acorde a campañas promocionales, así mismo se podrán brindar montos autorizados para los Directores Comerciales Regionales y Jefes de Venta a cargo del Director Nacional de Producto MP.

5.2.2.4 Se exceptúan de cuota de inscripción para todas las novedades del programa de CEM y plan Asociado del programa Dental Elite.

5.2.2.5 La cuota de inscripción no es reembolsable.

5.2.2.6 Los contratos que hagan uso de la figura de pronto pago, tendrán derecho al descuento por Pago Anticipado según lo definido en el documento [MP-DC-016](#) - Instructivo Pago Anticipado Efectivo.

5.2.2.7 Para solicitar algún tipo de traslado, el usuario debe encontrarse a paz y salvo. No se pueden efectuar traslados de ningún tipo a usuarios morosos. El analista /Auxiliar Regional Operaciones - mesa de control debe revisar el pago (al día) del programa origen y la cuota mes del contrato destino

5.2.2.8 Si un usuario desea reingresar y ha sido retirado por mora debe pagar el valor total de los periodos adeudados. Aplica para todos los planes y programas.

5.2.2.9 El incumplimiento de los requisitos mencionados, pagos que no correspondan al usuario, asesor o monto de la tarifa son causal de devolución. Es responsabilidad del analista / auxiliar Regional Operaciones de mesa de control identificar estas inconsistencias antes de pasar las solicitudes a grabación.

5.2.2.10 En caso de presentarse inconsistencias asociadas a la aplicación incorrecta de pagos el Coordinador Regional de Operaciones es responsable de gestionar los ajustes, liberación y distribución oportunamente.

### 5.2.3 Evaluación Médica de Ingreso

5.2.3.1 Es responsabilidad de Mesa de control revisar que las solicitudes cumplan con lo definido en el procedimiento Evaluación Médica de Ingreso ([MP-PR-024](#)):Evaluación Medica de Ingreso

5.2.3.2 El analista / auxiliar regional de operaciones de mesa de control debe remitir al auditor médico de ingresos todas las solicitudes de los programas de Medicina Integral; las solicitudes de los programas de las líneas CEM y SAO deben entregarse para su grabación.

### 5.3 Devoluciones

5.3.1 En caso de presentarse inconsistencias en los requisitos de afiliación o negaciones por auditoría médica se le devolverá la solicitud directamente al Asesor Externo o Ejecutivo de Afiliación.

5.3.2 El analista o Auxiliar Regional Operaciones de mesa de control debe registrar la devolución con su respectivo motivo en el módulo de Gestión de Preafiliaciones. finalizado cada cierre de ventas el Analista o Auxiliar Regional Comercial y de Operaciones debe garantizar que no quedan preafiliaciones pendientes.

### 5.4 Negaciones a la solicitud de Ingreso

5.4.1 En caso que alguno de los usuarios no desee continuar con el proceso, ó sea rechazado por Coomeva Medicina Prepagada, en cualquiera de las líneas de servicio (MI, SO, CEM), en la solicitud de ingreso al lado de su nombre se colocará NO INGRESA. La solicitud de ingreso no puede llevar tachones.

5.4.2 Cuando se presenta que alguno de los usuarios del grupo familiar tiene inconvenientes para el ingreso al servicio, se realiza el ingreso de los usuarios aptos, y es responsabilidad del Analista/Auxiliar de Operaciones, notificar al Asesor el no ingreso del usuario respectivo y al analista de operaciones encargado de realizar el ajuste del pago respectivo.

5.4.3 El asesor comercial debe informar de inmediato al contratante el no ingreso del usuario con sus respectivas razones; mediante comunicación escrita, esta comunicación debe quedar archivada en la carpeta administrativa del contratante.

5.4.4 Una vez sea solucionado las causas que originaron el no ingreso del usuario, se debe hacer la inclusión del usuario con una nueva solicitud de ingreso y fecha de radicación, si el usuario definitivamente no ingresa, se debe informar mediante la carta de negación del servicio definida en el proceso ([MP-PR-024](#)):Evaluación Medica de Ingreso (Ver Anexos Carta Proforma Negación de Ingreso/Negación de Traslado/Negación de Reconocimiento de Antigüedad).

### 5.5 Traslado de usuarios que ya no están asociados a la Cooperativa Coomeva

5.5.1 Los usuarios que se retiran de la cooperativa y pertenecen al Plan Asociados deben trasladarse mensualmente al Plan Familiar para que continúen

disfrutando del servicio de Medicina Prepagada.

5.5.2 El informe de los retiros o exclusiones de asociados de la cooperativa debe ser reportado por la Unidad de Gestión de Asociados (UGA) mensualmente, a la coordinación nacional de operaciones.

5.5.3 Una vez recibida la información el Coordinador Nacional de Operaciones debe identificar los usuarios que no han realizado el traslado y remitirlo al Coordinador Regional de Operaciones para que sea enviada la carta de persuasión.

5.5.4 Pasado un mes del envío de la carta y con base en el corte, el Coordinador Regional de Operaciones es responsable de identificar los usuarios que aun continúan sin vinculación a la Cooperativa y proceder a realizar los traslados al plan familiar. Los casos de afiliados al programa asociado deben ser trasladados al programa clásico. Los Contratos que presenten mora como asociado, se deberá trasladar la mora al nuevo contrato.

5.5.5 Cuando se presente el fallecimiento de un contratante que se encuentre afiliado al programa Oro y que haya firmado el Otro Si de Fallecimiento, se debe aplicar los beneficios en el descritos siempre y cuando cumpla con las condiciones relacionadas en el Otro Si y una vez finalizado el contrato el área operativa debe informar al área de ventas la necesidad de contactar a los usuarios del contrato para ofrecerles el traslado de plan o de contratante, para lo cual deben realizar la gestión de traslado correspondiente. Sólo con este trámite se puede realizar el traslado en el sistema.

5.5.6 Cuando se presente el fallecimiento de un contratante que se encuentre afiliado al programa ORO-PLUS se debe aplicar los beneficios descritos en el Anexo 2 Coberturas Programa Oro-Plus y una vez finalizado el contrato, el área operativa debe informar al área de ventas la necesidad de contactar a los usuarios del contrato para ofrecerles el traslado de plan o de contratante, para lo cual deben realizar la gestión de traslado correspondiente. Sólo con este trámite se puede realizar el traslado en el sistema.

## **5.6 Traslado de Usuarios que estan en plan Familiar y se vinculan como Asociados a la Cooperativa**

5.6.1 Los contratantes que tengan algún servicio de Medicina Prepagada, pertenezcan al plan Familiar y se vinculen como Asociados, podrán trasladarse al plan Asociado para que disfruten de los beneficios.

## **5.7 Manejo de usuarios que se retiran de EPS y continúan afiliados a Medicina Prepagada**

5.7.1 Operaciones nacional debe generar mensualmente el listado de usuarios vinculados a Medicina Prepagada para validar que cuenten con una EPS vigente. Esta información debe contener usuarios vinculados tres meses atrás y que al realizar el cruce con la BDUA, a la fecha no figure su registro de afiliación vigente con ninguna EPS, del regimen contributivo, el cruce de base de datos se debe realizar por tipo y número de identificación. Se deben eliminar los registros que crucen con Social Security y Policía Nacional.

5.7.2 El área de operaciones nacional hace entrega al área comercial del archivo generado, el cual será entregado a los Directores Comerciales Regionales con el fin de que sean distribuidos entre los asesores comerciales y se realice labor de llamado y consecución de soportes.

5.7.3 Las regionales realizaran gestión frente a estos usuarios y el area operativa de cada regional gestionara los soportes entregados.

5.7.4 Operaciones regional, deberá registrar en el aplicativo SIAS, los documentos entregados a mas tardar el último día hábil del mes.

## **6. Excepciones a Colectivos**

### **5.7 [Acuerdos Corporativos](#)**

## **6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- [Gestion de Solicitudes de Ingreso y Novedades](#)

## **7. CONTROL Y RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

- [\(MP-DC-0430\):Mapa de Riesgo Gestión de Solicitudes de Ingreso y Novedades](#)
- [SC-FT-136](#) Plan de Control Gestion de Solicitudes de Ingreso y Novedades