**ANEXO No xx. GLOSARIO**

**ACCIDENTES**

Se entiende por accidente todo suceso externo, violento, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado que cause lesión o muerte de éste.

**ACCIDENTE DE TRÁNSITO**

Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño a la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.

**ACTA DE ACUERDOS REUNIONES DE ACLARACIÓN DE CUENTAS**

Documento elaborado y suscrito por los auditores médicos la IPS, la firma de auditoría y de **LA PREVISORA S.A.** que recoge los acuerdos obtenidos entre las partes durante las reuniones de aclaración de cuentas médicas.

**ADMINISTRADOR DE DOCUMENTOS**

Herramienta informática de **LA PREVISORA S.A.,** a través de la cual se ingresa la información de la reclamación y se controla el estado de las reclamaciones de SOAT y AP.

**AMPAROS DE LA PÓLIZA**

Son las coberturas otorgadas por el seguro de Accidentes de Tránsito – SOAT y/o el Seguro de Accidentes Personales afectado con el siniestro, que delimitan la extensión del riesgo que asume el asegurador.

**ANÁLISIS TÉCNICO**

Es el estudio de las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodean el siniestro frente al contrato de seguro, encaminado a establecer si los hechos por los que se reclama ocurrieron durante la vigencia de la póliza; si se encuentran enmarcados dentro de las coberturas otorgadas por ésta; si los documentos aportados acreditan la ocurrencia del siniestro y su cuantía; si la reclamación está sustentada en una póliza válidamente expedida; si existen circunstancias que exoneren a **LA PREVISORA S.A.** de su obligación de indemnizar y, si de ser procedente, a establecer el valor de la indemnización.

**ASEGURADO**

Es el titular de un interés, que de verse afectado con un siniestro, puede sufrir un perjuicio. Será titular de la indemnización en cuanto resulte afectado directa o indirectamente por la realización de un riesgo y a su vez tenga la calidad de beneficiario.

**AUDITOR MÉDICO**

El auditor es una persona natural o jurídica (profesionales en medicina) cuya actividad consiste en emitir su concepto médico, el cual debe enfocarse en la revisión de los documentos entregados por la Compañía con el fin de establecer la viabilidad o no de la afectación del contrato de seguro.

**AUDITORÍA CONCURRENTE**

Actividad que implica el análisis de los documentos inherentes a la atención, así como de las actividades, procedimientos, e intervenciones realizadas al paciente, y evaluación de la historia clínica, facturas etc., con el fin de establecer la pertinencia médica, y la coherencia entre los procedimientos realizados y facturados, actividad realizada directamente en la IPS para verificar y ejercer el control del gasto médico.

**AUDITORÍA MÉDICA**

Es el estudio y análisis efectuado por el proveedor de este servicio, con el fin de determinar la pertinencia administrativa, financiera y médica, de los valores reclamados como indemnización.

**AUDITORÍA MÉDICA DOCUMENTAL**

Actividad que implica verificar, evaluar, analizar, y concluir si las actividades, procedimientos, e intervenciones realizadas al paciente fueron pertinentes, concordantes, secuenciales y establecer si los procedimientos realizados son efectivamente los facturados, de acuerdo con los soportes que acompañan el documento de cobro, presentado por personas naturales y/o jurídicas.

**AUDITORÍA PROSPECTIVA**

Análisis que se hace con visión de futuro para planificar y organizar actividades, generar recomendaciones con fines preventivos. Permite, basado en los indicadores, establecer una meta específica, de corto, mediano y largo plazo del comportamiento de los gastos médicos, estableciendo estrategias para cada una de las desviaciones.

**AUDITORÍA RETROSPECTIVA**

Análisis que se realiza con posterioridad a la ocurrencia de los hechos, evidenciando hallazgos de actos ya cumplidos, utilizando la historia clínica con sus registros como elemento esencial para este tipo de auditoría.

**AUTOMOTORES**

Se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado.

**BENEFICIARIO**

Es la persona que tiene derecho a recibir la indemnización derivada de la afectación del correspondiente seguro.

**ACUERDOS REUNIONS DE ACLARACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS**

Revisión adelantada por el personal médico u odontológico del proveedor de auditoría de cuentas con pares de las IPS en relación con las cuentas médicas objeto de observaciones de objeciones (totales o parciales), por concepto de atenciones médicas, quirúrgicas y hospitalarias, con el fin de establecer entre otros, la procedencia de efectuar su pago o mantener su objeción y/o revisar documentos pertinentes para su definición para lo cual se levantará un acta.

**CONTRATO DE SEGURO**

El seguro es un contrato consensual mediante el cual una persona jurídica denominada asegurador, debidamente autorizado para ello, asume los riesgos que otra persona, natural o jurídica, le traslada a cambio de una prima.

**CREACIÓN DE SINIESTRO**

Es el primer estado de la reclamación, el cual se inicia con el ingreso de los datos del documento de cobro para efectos de la indemnización.

**DISPONIBILIDAD DE VALOR ASEGURADO**

Es la suma asegurada no afectada por los pagos parciales efectuados con cargo al siniestro, que se encuentra disponible para atender futuras reclamaciones sobre el mismo siniestro y amparo.

**DOCUMENTO DE COBRO**

Es el documento legal o contractualmente establecido (facturas, cuentas de cobros, comunicaciones, etc) que el asegurado o beneficiario con ocasión de la ocurrencia de un siniestro, presenta para soportar su reclamación, obtener la indemnización, pago de servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos. Afecta uno o algunos de los amparos de acuerdo con los términos y condiciones del contrato de seguro, otorgados por la Póliza SOAT o de Accidentes Personales, los cuales están parametrizados en el sistema de información de **LA PREVISORA S.A.**

**ESTADOS DE CARTERA**

Un estado de cartera corresponde a la relación de todos los saldos de reclamaciones (facturas) que de acuerdo con una institución hospitalaria y/o reclamante, la compañía no le ha reconocido. Dentro de dicho estado de cartera se pueden presentar las siguientes situaciones: saldo por objeciones parciales sin respuesta de la entidad, objeciones totales, definiciones (pagos u objeciones) pendientes por generar por parte de la compañía por encontrarse en proceso de análisis, reclamaciones (facturas) no registradas o pagos realizados no descargados de dichos estados de cartera por parte de las entidades.

**HONORARIOS**

La definición de honorarios abarca toda clase de pagos o abonos en cuenta, recibidos por quien presta un servicio calificado, sin vínculo laboral con quien contrata dicho servicio.

**INVESTIGADOR**

El investigador de seguros es la persona jurídica que a través del análisis y verificación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como del material probatorio aportado, establece las circunstancias que rodearon la ocurrencia de un siniestro, permitiendo a la compañía definir las reclamaciones con la debida certeza, así como detectar las distintas modalidades de fraude tales como: montaje de siniestros, falsificación, adulteración de documentos soporte, entre otras.

**IPS**

Institución Prestadora de Servicio de Salud que presta la respectiva atención médica.

**ONBASE**

Aplicación de gestión documental de propiedad de **LA PREVISORA S.A.** En este se administra la información digitalizada de las reclamaciones.

**OBJECIÓN TOTAL**

Negación total al pago de una solicitud de indemnización, fundamentada en las diversas causales establecidas para tal fin.

**OBJECIÓN PARCIAL**

Las objeciones parciales, corresponden a todos aquellos valores no liquidados a favor de la entidad o reclamante por las diferentes causales establecidas.

**OBJECIÓN TÉCNICA**

Corresponde a los casos en que el análisis que da lugar a la objeción tiene su origen en asuntos relacionados con la póliza, el vehículo, la relación de documentos aportados, definición de accidente de tránsito, prescripción, coberturas y beneficiarios.

**OBJECIÓN MÉDICA**

Corresponde a los casos en que el análisis que da lugar a la objeción tiene su origen en asuntos relacionados con las lesiones de la víctima, su tratamiento y rehabilitación, así como procedimientos médicos aplicados, pertinencia, tarifas, soportes médicos, nuevas tecnologías en salud, entre otros.

**PERSONA NATURAL**

Aquel reclamante que tiene derecho a una indemnización, de acuerdo con la normatividad vigente o lo definido en las correspondientes pólizas.

**PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Es el documento que acredita la existencia del contrato de seguros de Accidentes Personales expedido por **LA PREVISORA S.A.**

**PÓLIZA FALSA**

Es todo documento apócrifo que no ha sido expedido por la aseguradora, y mediante el cual el reclamante pretende hacer efectivo el pago de una indemnización.

**PÓLIZA SOAT**

Es el documento que acredita la existencia del contrato de Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito.

**RADICACIÓN SINIESTRO**

Es el ingreso al sistema de información SISE de **LA PREVISORA S.A**. de una reclamación: Número de siniestro y reserva que debe corresponder al valor de la factura, o al valor total asegurado, según el caso.

**RECEPCIÓN**

Es el área y/o proveedor en donde ingresan todos los documentos y reclamaciones provenientes de entidades hospitalarias y/o personas naturales, para su posterior asignación y trámite.

**RECLAMACIÓN**

Se configura cuando el reclamante demuestra la ocurrencia y cuantía del hecho, a través de los documentos y soportes de ley con el fin de obtener el respectivo pago de la indemnización en virtud de pólizas suscritas por la compañía.

**RELIQUIDACIONES**

Es el proceso de revisión y liquidación de objeciones parciales y/o totales a facturas no aceptadas y soportadas por los reclamantes.

**SISE**

Aplicativo CORE de **LA PREVISORA S.A.,** en el que se registra y administra la información de los siniestros. En este aplicativo se incluyen entre otras, las reclamaciones de SOAT y Accidentes Personales (desde la constitución de reservas hasta la definición de la reclamación -pagos totales, parciales, objeciones totales y parciales, aceptaciones, entre otros).

**SIRAS**

El SIRAS (Sistema de Información de Reporte de Atenciones en Salud a víctimas de accidentes de tránsito), sistema que permite a los prestadores de servicios de salud (inscritos en el REPS) y a los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres – CRUE, reportar la atención en salud brindada a las víctimas de accidentes de tránsito y la información del transporte al primer sitio de atención, respectivamente, y a los otros actores del sistema consultar el estado de dichos reportes, en cumplimiento de la Resolución 311 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas complementarias, es importante utilizar esta información inicial para direccionar, particularmente la auditoría concurrente, según sea la selección y el esquema escogida para llevar a cabo esta actividad.

**SOAT**

El S.O.A.T., es el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, cuyo objetivo es asegurar la atención de manera inmediata e incondicional, a las víctimas de accidentes de tránsito que sufren lesiones corporales y/o muerte.

**SINIESTRO**

El siniestro es la realización de un riesgo asegurado (art. 1072 del C. de Co.). Por consiguiente, en estricto sentido existirá siniestro cuando la pérdida o daño sufrido por el asegurado, se encuentre amparado en la póliza.

El siniestro es el acontecimiento que, por causar unos daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando al asegurador a satisfacer total o parcialmente al asegurado o a sus beneficiarios.

**TIPO DE RECLAMACIONES**

Es importante tener en cuenta que dentro del proceso de atención de reclamaciones de SOAT y Accidentes Personales se gestionan diferentes tipos de reclamaciones, así:

1. **Nuevas (N):** Corresponden a las reclamaciones que son avisadas por primera vez a la compañía y pueden corresponder a una primera cuenta, segunda u otras.

2. **Respuestas a objeciones totales o parciales (R):** Corresponde a aquellas reclamaciones que nos llegan como respuesta a una objeción que ha sido realizada por la compañía y que puede ser total o parcial.

3. **Aceptaciones (A):** Corresponden a las respuestas por parte de los prestadores de servicios de salud, quienes aceptan valores que han sido objetados total o parcialmente por la compañía. Estas aceptaciones de valores objetados se pueden dar en dos momentos, directamente en la revisión que realiza los prestadores de servicios de salud de las objeciones hechas por la compañía o durante las reuniones de aclaración de cuentas entre la compañía y los prestadores de servicios de salud.

4. **Conciliaciones (C):** Estos casos corresponden a aquellas reclamaciones que dentro de las reuniones de aclaración de cuentas con los prestadores de servicios de salud, la compañía acuerda un valor a reconocer.

**TRABAJADOR DEPENDIENTE / EMPLEADO**

Persona natural que presta sus servicios bajo vinculación laboral con una de las siguientes modalidades: a) Contratos a término indefinido, b) Contratos a término fijo, c) Contratos por obra o labor determinada, d) Contratos de asociación y e) los demás contratos que sean reglamentados por la legislación laboral que sean aceptados.

**TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

Persona natural que no está vinculada a una empresa mediante un contrato de trabajo, sino que presta sus servicios mediante contratos de labor determinada según su definición legal, contrato de prestación de servicios o cualquier contrato de carácter civil, comercial o administrativo y es remunerada bajo la figura de honorarios y cuenta con autonomía técnica y administrativa para realizar su labor.

**TOMADOR**

Persona natural o jurídica, que actuando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos a los que se encuentra expuesto (art. 1037 numeral 2º del C. de Co.). Será titular de la indemnización cuando toma el seguro por cuenta propia y en el caso de un siniestro, es su propio interés el que resulta afectado.

**VALOR ASEGURADO**

Es el límite de responsabilidad de la compañía en caso de siniestro (numeral 7º del art. 1047 del Código de Comercio).

**VERIFICACIÓN**

Es la revisión que se efectúa a los documentos y reclamaciones que llegan a la recepción, los cuales deben cumplir los requisitos mínimos de radicación para ingresar al trámite según corresponda.

**VINCULACIÓN DE PROVEEDOR**

Es el proceso a través del cual se contratan los servicios profesionales y especializados de una persona jurídica o natural para que desarrolle un trabajo específico bajo unas condiciones debidamente pactadas. El aspirante debe cumplir con los requisitos exigidos por la compañía.