

VERSIÓN: 001	M-PVS-0001	
FECHA: 06/02/2025	Manual MODELO DE SERVICIO AL AFILIADO DE COMPENSAR - MEDICINA PREPAGADA	

Fecha	Descripción de la modificación
2/11/2022	Lanzamiento
07/02/2025	Se realizan los siguiente ajustes y conceptos con base en la estrategia del Modelo Corporativo de Cliente Se incluye el concepto de bienestar integral Definición del journey del afiliado Ajuste de la introducción Se incluye la oferta de valor Descripción y alcance de los canales dispuestos Se define el concepto de personalización del servicio Se define concepto de entender al cliente Ajuste en el seguimiento y medición Se incluyen los arquetipos Se ajusta título atención en el modelo y sus descripciones Se anexa ruta de servicio para el acceso Se modifica responsable de aprobación del documento

TABLA DE CONTENIDO	

1.	TABLA DE CONTENIDO.....	2
2.	RESUMEN	3
3.	OBJETIVO	3
	OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
4.	ALCANCE.....	3
5.	DEFINICIONES.....	3
6.	RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	4
7.	CONDICIONES GENERALES	4
8.	CONTENIDO	4
	MARCO LEGAL.....	4
	INTRODUCCIÓN	5
	OFERTA DE VALOR.....	5
	PILARES DEL MODELO DE SERVICIO.....	5
1.	Accesibilidad en canales	5
2.	Personalización Del Servicio	8
3.	Eficiencia Operativa - Resolutividad	8
4.	Humanización Del Servicio	8
5.	Entender al Cliente.....	8
	ARQUETIPOS.....	9
	ATENCIÓN EN EL MODELO DE SERVICIO	13
1.	Promesa de Servicio:.....	13
2.	Acceso e Información	13
3.	Trámite.....	13
4.	Prestación.....	13
5.	Evaluación.....	14
	ruta de servicio para el acceso a medicina prepagada.....	14
9.	ANEXOS	14
10.	BIBLIOGRAFIA	14
11.	QUÉ SE ESPERA DE LA APLICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO	14

RESUMEN

Este documento define los lineamientos para diseño, implementación y caracterización del modelo de servicio para el afiliado de Compensar Medicina Prepagada.

OBJETIVO

Brindar lineamientos para la operación del modelo de servicio al afiliado en la prestación de los servicios de salud, de acuerdo con las directrices del Modelo de Atención en Salud de Compensar Medicina Prepagada, a través de ciclos y procesos estandarizados en las interacciones que estructuran los momentos de verdad en la atención, asegurando una experiencia humanizada y excepcional, reduciendo los esfuerzos en todo el ciclo de atención, con resolución en primer contacto, atendiendo a las necesidades de salud y bienestar integral de los afiliados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Garantizar la implementación del modelo por parte de todos los colaboradores y grupos de interés según corresponda
2. Diseñar una atención centrada en el afiliado, priorizando la empatía y asegurando de principio a fin las sinergias entre los equipos y procesos para generar experiencias excepcionales.
3. Reducir los esfuerzos cognitivos, emocionales y de tiempo del afiliado en la gestión de sus necesidades de salud
4. Implementar herramientas y metodologías innovadoras que permitan ofrecer soluciones en máximo tres interacciones con 7 actividades.

ALCANCE

El modelo debe ser conocido y apropiado por todos los procesos administrativos y asistenciales que soportan y operan el modelo de salud de Compensar, desde la fase de búsqueda de información por parte de la persona interesada hasta la prestación y evaluación del servicio.

DEFINICIONES

Arquetipo: Estructura funcional que subyace a la conducta de un individuo, grupo o sociedad en su conjunto, estableciendo una serie de automatismos a los que se responde de forma continua, y que permiten establecer el modo de pensar y actuar de los afiliados.

Bienestar Integral: Es un estado de plenitud que favorece el desarrollo de las personas en todas sus dimensiones (biológico, psicológico, familiar, ambiental, social y cultural), contribuyendo así al desarrollo de personas más saludables, productivas y felices.

Calidad en el servicio: Garantizar una experiencia excepcional, limpia, resolutive y humanizada, con altos estándares en el servicio, cumpliendo con las expectativas del afiliado en la prestación de los servicios.

Experiencia humanizada: Vivencia que permanece en la mente y el corazón de las personas, centrada en sus necesidades, trascendiendo de la prestación de un servicio, hacia la conexión integral de su ser, en una relación con cercanía, empatía, calidez, compasión y excelencia en el servicio.

Modelo de Servicio: Estandarización y coordinación de los servicios clínicos y administrativos, de acuerdo con las metas planteadas y trazadas en el modelo de salud, en el marco de la humanización como directriz que contribuya a la generación de experiencias excepcionales en los afiliados.

Journey de Afiliado: También llamado ruta de atención, es el recorrido del afiliado desde su exploración con los servicios de salud, contemplando las fases de información (búsqueda de opciones y servicios), transacción (pago, reserva), prestación (acceso a la atención, ejecución de tratamientos, seguimiento si es necesario y cierre del proceso) y evaluación de la experiencia. Este proceso tiene como objetivo diseñar la experiencia del paciente, optimizar la calidad de la atención y garantizar un acompañamiento humanizado e integral, caracterizado por una comunicación efectiva en cada etapa.

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Gerente de Experiencia de Cliente Compensar

CONDICIONES GENERALES

N/A

CONTENIDO

MARCO LEGAL

TIPO DE NORMA Y NÚMERO (Decreto, Ley, etc.)	OBJETO DE LA NORMA
Decreto 780 del 2016 Ministerio de Salud	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Plan nacional de mejoramiento de la calidad en salud (PNMCS). 2016-2021	El plan propone las principales estrategias y acciones para que se impulsen modelos de gestión orientados a la excelencia y a la generación de valor social
Circular 008 del 2018 Superintendencia Nacional de Salud	Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud. Título III literal B. Modifíquese el título VII de la Circular Única. El nuevo texto es el siguiente: "TÍTULO VII PROTECCIÓN AL AFILIADO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA" - CAPÍTULO PRIMERO PROTECCIÓN AL AFILIADO
Circular Única – libro 1 – circular básica jurídico	Por la cual se establecen los lineamientos para la atención a los ciudadanos

TIPO DE NORMA Y NÚMERO (Decreto, Ley, etc.)	OBJETO DE LA NORMA
título 3 Cajas de Compensación de la Superintendencia de Subsidio año 2021	
Circular 046 del 12 oct 2022 secretaría Distrital de Salud	Fortalecimiento De La Atención Humanizada

INTRODUCCIÓN

El Modelo de servicio de Compensar para sus afiliados de Medicina Prepagada, busca favorecer la atención en salud y el bienestar integral de manera estandarizada bajo los lineamientos contenidos en este manual, de acuerdo con el Instructivo Modelo De Atención En Salud De Compensar Medicina Prepagada INS-PBS-0001; así mismo se fundamenta en la Política de Humanización y Experiencia Compensar, con el fin de contribuir a la generación de experiencias excepcionales en los grupos de interés y el cumplimiento de la estrategia corporativa.

Compensar ha venido en una constante evolución para lograr la prestación de los servicios fundamentados en una cultura centrada en la persona, la experiencia y la humanización para los afiliados y sus familias, los colaboradores y aliados. De esta forma Compensar Medicina Prepagada es garante de los derechos de los afiliados con un enfoque diferencial, preferencial y de inclusión, impactando positivamente la salud y el bienestar integral de todos sus afiliados.

OFERTA DE VALOR

Compensar ofrece un Modelo de servicio para los afiliados a Medicina Prepagada de manera integral priorizando la prevención, la gestión del riesgo en salud y el bienestar integral en cada etapa de la vida, garantizando una atención personalizada y ágil, con acceso a una red de especialistas de alta calidad, apoyados en soluciones digitales y la disposición de diferentes canales que facilitan el acceso a los servicios. Combinamos innovación tecnológica con un enfoque resolutivo y seguro, asegurando una experiencia excepcional y humanizada.

PILARES DEL MODELO DE SERVICIO

Con el propósito de brindar un modelo de servicio a los afiliados de Medicina Prepagada, se establecen los siguientes componentes que garantizan una experiencia de servicio humanizada y con calidad de la gestión integral de la atención en salud y de los trámites administrativos que se deriven.

1. Accesibilidad en canales

Hacer que la experiencia del afiliado sea sencilla y sin fricciones, eliminando barreras tecnológicas o procedimentales, con plataformas digitales intuitivas, asegurando que los afiliados puedan realizar sus trámites y tener el acompañamiento necesario para el acceso a la información y los servicios de salud. El modelo de servicio dispone de los siguientes canales que brindan información y orientación efectiva a los afiliados:

1.1. Página web:

Compensar Medicina Prepagada cuenta con un portal web que permite a los afiliados

acceder a los servicios desde su computadora o dispositivo móvil a través de funcionalidades en línea y optimizar el tiempo para realizar las consultas y transacciones. A través de este medio el afiliado puede ampliar información sobre los canales, servicios, coberturas, redes de prestación, beneficios sobre bienestar integral para medicina prepagada, radicación, seguimiento de PQRS y tramites administrativos.

A través de la página puede acceder a los siguientes canales digitales donde podrá encontrar en cada uno estos los siguientes servicios:

1.1.1 Masterbot (Vita): Es un asistente virtual inteligente que centraliza y automatiza la atención de los afiliados, facilitando la gestión de trámites y consultas relacionados con la medicina prepagada a través de un chat en línea, una vez haya guardado en los contactos el número 3078092 para activar el chat y escribirle a Vita.

En este canal el afiliado puede gestionar la programación y cancelación de citas, las autorizaciones de servicios médicos y consulta de información. Además, Vita cuenta con un equipo de asesores que brindan apoyo personalizado para resolver solicitudes complejas y gestión de las solicitudes como consulta de resultados de laboratorio clínico y servicios fuera de la red de prestadores, servicios de apoyo diagnóstico, derivación para orientación médica y venta de servicios.

1.1.2 Transacciones en Línea: Es un micrositio que permite realizar diferentes transacciones en línea, para lo cual se requiere la validación de identidad con el documento y la clave de acceso.

Este canal permite el pago de contrato y bonos de Medicina Prepagada, Consultar y descargar resultados de laboratorio, Reportar novedades de afiliación, solicitar certificaciones del contratante, actualizar datos, agendar servicios médicos, gestionar ordenes clínicas.

1.1.3 Turno Virtual: Es un mecanismo digital que permite a los afiliados solicitar y gestionar su turno de atención sin necesidad de desplazarse físicamente al punto de servicio. A través de una plataforma web, aplicación móvil o asistente virtual, el afiliado puede elegir el servicio requerido, recibir una estimación del tiempo de espera y ser notificado cuando su turno esté próximo, optimizando la experiencia y reduciendo tiempos de espera.

- a) **Video atención:** Permite que el afiliado programe una cita con un colaborador Compensar que de forma virtual le ayudará a realizar sus trámites de medicina prepagada.
- b) **Turno Programado:** El afiliado podrá solicitar el turno y programarse para la atención en el momento que lo necesite.
- c) **Turno día:** Permite al afiliado tomar un turno día y acceder de forma más ágil al servicio que necesite de la siguiente manera: si está en la sede o a una distancia no mayor a 5 km de ella.

1.2. App Compensar Medicina Prepagada:

Compensar Medicina Prepagada para facilitar el acceso de los afiliados, cuenta con una aplicación que se puede descargar en cualquier móvil con diferentes tipos de procesador, desde su Appstore y Google App, como APP Compensar Medicina Prepagada.

Los servicios que se encuentran son: Gestión de citas médicas, resultados de laboratorios clínicos, certificación en salud, pregúntele al DOC, apoyo diagnóstico, pagos en línea,

resultados imágenes diagnósticas, autorizaciones ordenes medicas e información clínica, turno virtual (turno video atención, turno programado y turno día), EMI Orientación médica (Chat y video llamada).

1.3. Líneas de atención telefónica:

Compensar Medicina Prepagada cuenta con la línea exclusiva 6013078092 para la atención de nuestros afiliados, con los siguientes horarios asistidos de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 10:00 p.m., sábado de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., domingos y festivos de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., y 24 horas por IVR, donde podrán acceder a los siguientes servicios:

Citas médicas, orientación de red de urgencias, opiniones, sugerencias, aclaraciones de pago, certificaciones, incapacidades, soporte en transacciones en línea, gestionar autorizaciones, consultar información general del contrato, solicitar asesoría comercial, realizar actualización de datos y servicios disponibles. Adicionalmente el afiliado puede programar citas al día (Prioritarias), derivación para orientación médica, afiliaciones, derivación desde el asistente virtual (Vita), para dar continuidad en la atención de los afiliados que acceden a través de este canal y presentan dificultades.

1.4. Puntos de atención asistida en sede:

Estos puntos aseguran una atención integral y soluciones efectivas a los requerimientos de los afiliados, mediante el acompañamiento de un asesor, ya sea de forma presencial o virtual en nuestras sedes. El objetivo es ofrecer una experiencia ágil y personalizada, reduciendo los tiempos de espera.

Nuestros afiliados podrán recibir orientación sobre su plan, coberturas, novedades del contrato (inclusión de beneficiarios, cambios de plan y/o de contratante y de modalidad de pago), solicitud de certificaciones, expedición de estados de cuenta, asesoría sobre la facturación de su atención, autorizaciones de servicios, actualización de información, atención de requerimientos, inconformidades y casos especiales.

1.5. Módulos de autoservicio:

Es un punto de atención digital ubicado estratégicamente dentro de la sede, diseñado para que los afiliados puedan gestionarse de manera rápida y autónoma sin necesidad de recurrir a un asesor presencial.

Estos módulos permiten a los afiliados realizar acciones como: Pagos de servicios (bonos, parqueadero y plan de atención) y anunciar la llegada para la cita programada

1.6. Digiturno:

Es un sistema digital de gestión de turnos en sede que organiza y optimiza la atención de los afiliados, mejorando su experiencia en la sede. Este sistema no solo facilita la asignación de turnos, sino que también permite priorizar la atención de la población preferencial, como personas mayores, mujeres embarazadas, niños y personas con condición de discapacidad, garantizando un acceso más ágil y equitativo a los servicios de salud. A través de pantallas táctiles, el afiliado selecciona el trámite o servicio que necesita, mediante pantallas es llamado a ventanilla asegurando una atención ordenada y eficiente.

En este sistema puede solicitar: Actualización de citas, autorizaciones de servicios, oficina de atención al afiliado, agendamiento de citas, laboratorio clínico, radiación PQRS.

2. Personalización Del Servicio

Conocimiento de nuestro cliente para anticiparnos a sus necesidades de salud y bienestar integral, adaptando la atención centrada en sus necesidades y circunstancias específicas, incluye un enfoque individualizado desde la búsqueda de información, la transacción de sus servicios y la prestación de los mismos, haciendo referencia a una consulta, agendamiento de citas, tratamientos, seguimiento o la intervención que la persona requiera, con una atención diferencial y preferencial en cada momento de verdad.

3. Eficiencia Operativa - Resolutividad

Ofrecer experiencias limpias, resolutivas y humanizadas, asegurando procesos ágiles, estructurados, gestionando eficientemente los requerimientos que puedan presentarse en el momento de la atención y asegurando la satisfacción y recordación del servicio.

4. Humanización Del Servicio

Aplicación de la Política de Humanización y Experiencia Compensar POL-PEC-001.

5. Entender al Cliente

Escuchar y conocer al cliente en los diferentes momentos de verdad a través de la investigación, aplicación de metodologías, herramientas cualitativas, cuantitativas y analíticas generando información clave para implementar acciones de mejora en los diferentes frentes de la organización. De esta manera generar experiencias excepcionales que queden en la mente y en el corazón de las personas.

5.1. Seguimiento y medición:

Para garantizar el seguimiento y la medición de los resultados del modelo de Servicio al Afiliado de Compensar Medicina Prepagada se definen los siguientes indicadores

- a) Proporción de Satisfacción global de los afiliados
- b) Proporción de afiliados que recomendaría su entidad de Medicina Prepagada a familiares y amigos
- c) Proporción de afiliados que han pensado cambiarse de entidad de Medicina Prepagada
- d) Tasa de Quejas y Reclamos
- e) Net Promoter Score (NPS)

La evaluación del servicio considerará los aspectos normativos y las métricas corporativas establecidas, con el fin de orientar las acciones y la toma de decisiones en caso de identificarse desviaciones en alguno de estos elementos.

Para la implementación de acciones correctivas, se aplicará el modelo operativo de recuperación de detractores, basado en la medición del Net Promoter Score (NPS) según la escala corporativa de 0 a 10.

Los indicadores contarán con una hoja de vida en la que se detallará su propósito y función, sirviendo como fuente de información para los diferentes cuadros de mando utilizados por los entes de control, la alta dirección y el nivel operativo."

ARQUETIPOS

Compensar Medicina Prepagada define el perfil de sus afiliados a través de los siguientes arquetipos que permiten la descripción y entendimiento de las personas acorde con su momento de vida y necesidades.

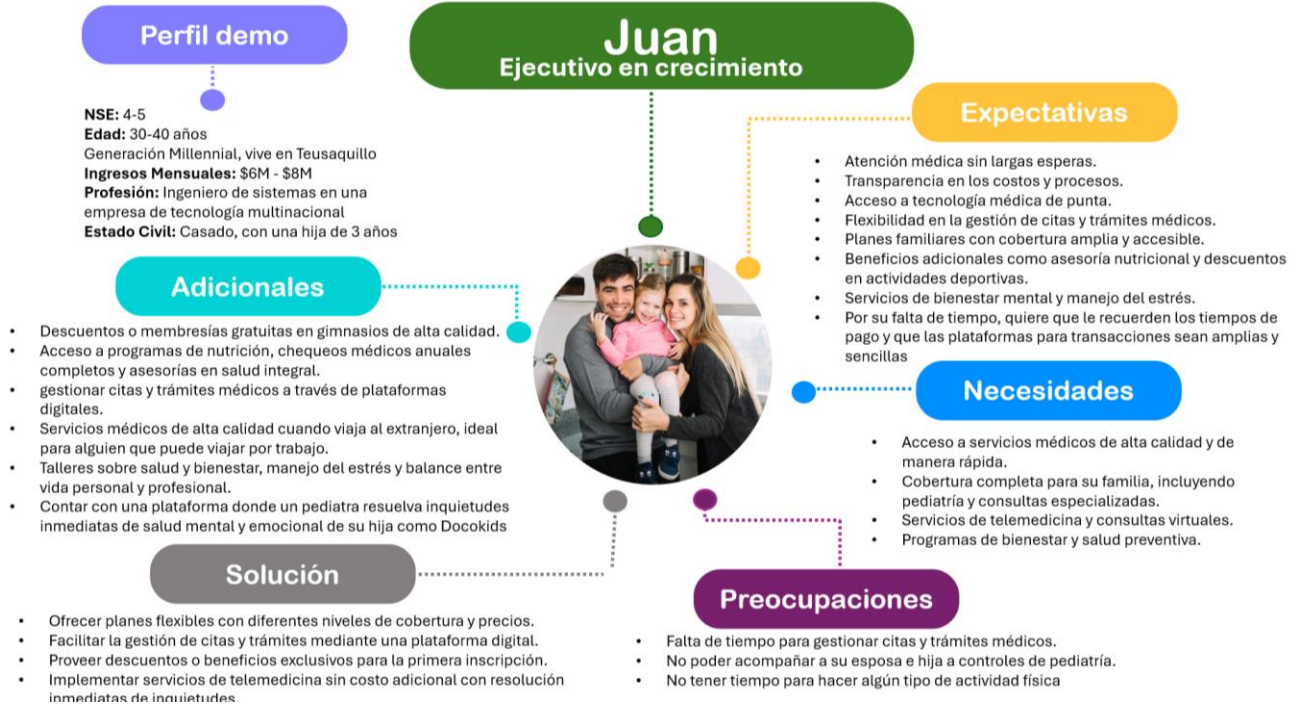
A continuación, se exponen los Arquetipos de acuerdo con el análisis de datos de afiliados.

Figura 1. Arquetipo 1



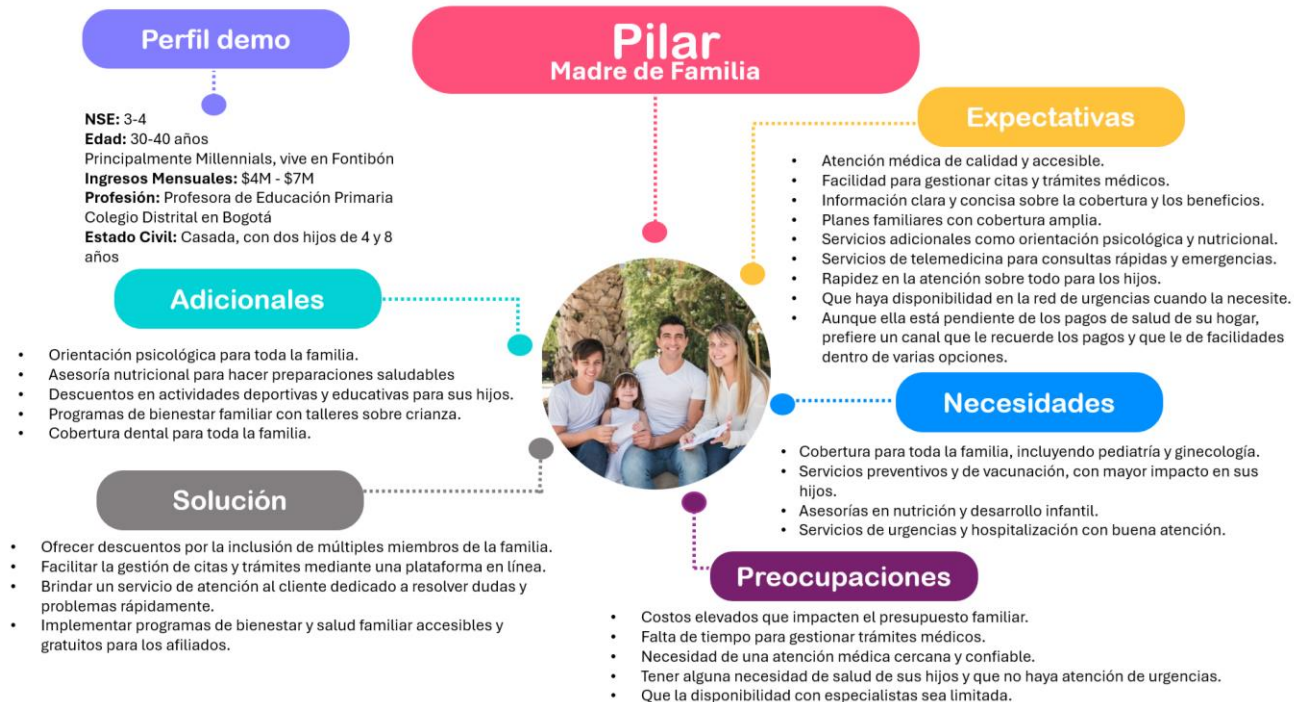
Fuente: Conocimiento de Mercado, Unidad Salud - Mayo 2024

Figura 2. Arquetipo 2



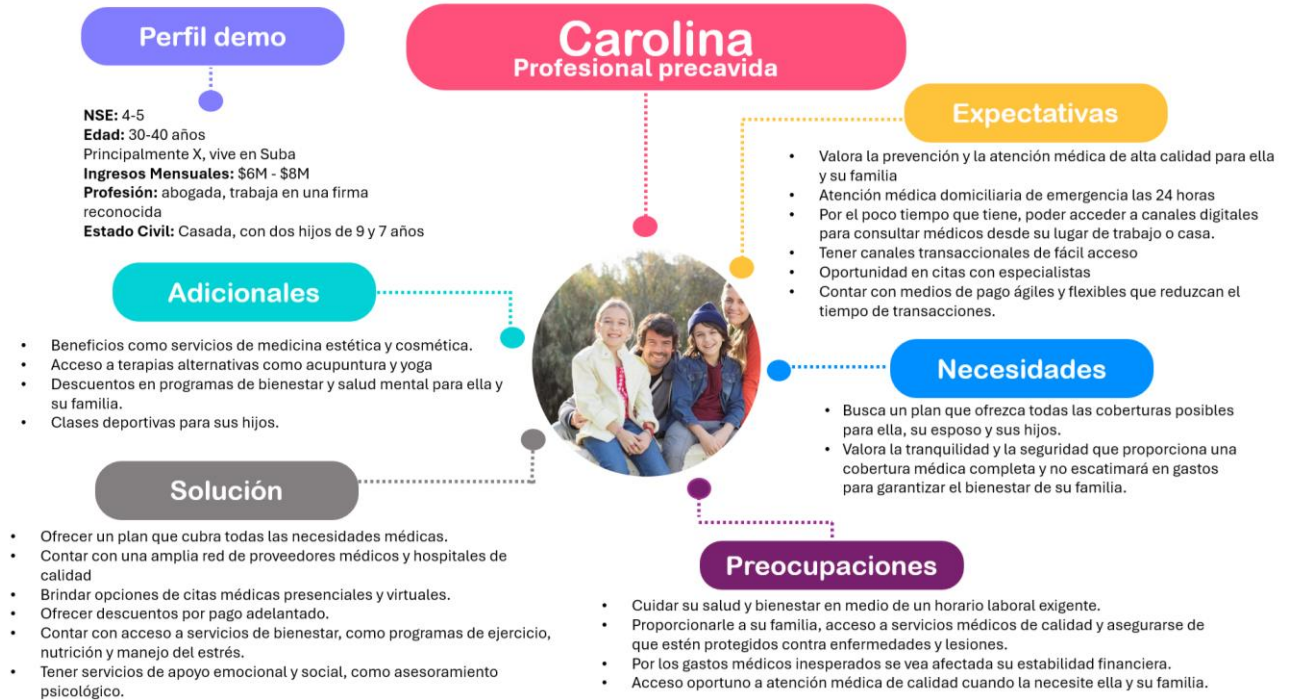
Fuente: Conocimiento de Mercado, Unidad Salud - Mayo 2024

Figura 3. Arquetipo 3



Fuente: Conocimiento de Mercado, Unidad Salud - Mayo 2024

Figura 4. Arquetipo 4



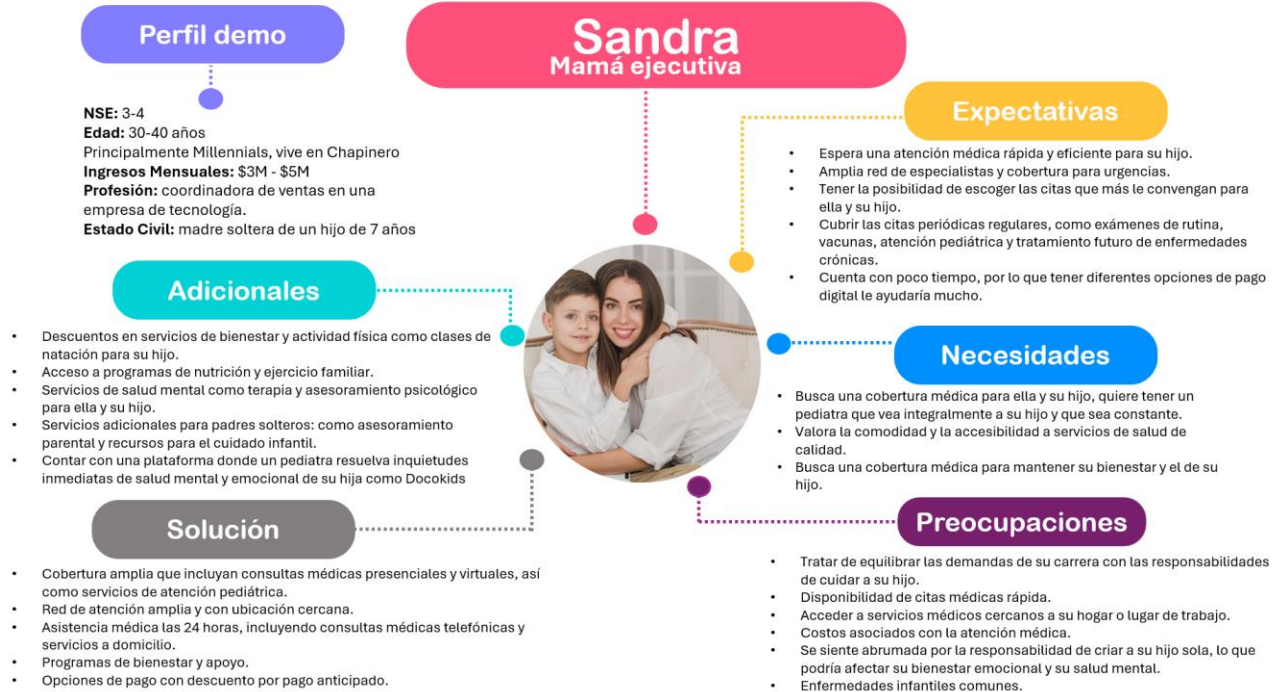
Fuente: Conocimiento de Mercado, Unidad Salud - Mayo 2024

Figura 5. Arquetipo 5



Fuente: Conocimiento de Mercado, Unidad Salud - Mayo 2024

Figura 6. Arquetipo 5



Fuente: Conocimiento de Mercado, Unidad Salud - Mayo 2024

Figura 7. Arquetipo 7



Fuente: Conocimiento de Mercado, Unidad Salud - Mayo 2024

ATENCIÓN EN EL MODELO DE SERVICIO

1. Promesa de Servicio:

Compensar se compromete a reconocer y respetar la individualidad y la diferencia en cada persona, para comprenderlos integralmente (biológica, psicológica, social, espiritual, ambiental y cultural) y acompañarlos de manera sensible y honesta en sus necesidades, ofreciendo experiencias excepcionales que permanezcan en la mente y corazón, fortaleciendo relaciones sólidas y sostenibles a largo plazo, con reciprocidad en el cuidado y mejoramiento de su calidad de vida y bienestar integral.

2. Acceso e Información

- Garantizar que los colaboradores dispongan, apropien y aseguren la información para los afiliados, logrando la continuidad de la atención y el menor esfuerzo durante la misma
- Disponer en los canales la información de manera coherente, consistente, suficiente, clara y de fácil acceso sobre la atención del servicio requerido por el afiliado.
- Cumplir con los protocolos de atención definidos en el servicio y en los procesos.
- Validar el entendimiento de la información suministrada por y al afiliado.
- Comunicar e informar con amabilidad y actitud de servicio.
- Mantener durante la atención una interacción empática, centrada en las necesidades e individualidades de cada afiliado.
- Aplicar los lineamientos definidos para la atención de las poblaciones con enfoque poblacional, diferencial y de género.
- Aplicar la guía de comportamiento de la Política de Humanización y Experiencia Compensar POL PEC 0001

3. Trámite

- Cumplir con los protocolos de la atención y del servicio que solicita el afiliado teniendo en cuenta sus necesidades.
- Brindar solución completa a las solicitudes del afiliado.
- Validar la efectividad en la gestión de los requerimientos que evite el reproceso del afiliado.
- Ser resolutivo en primer contacto al responder las inquietudes del afiliado, en caso de escalamientos garantizar el seguimiento y la respuesta en los tiempos informados al usuario
- Concluir la atención y asegurar el entendimiento del afiliado frente al trámite realizado.
- Dar a conocer las opciones de los canales y servicios con los que cuenta el afiliado para la atención en salud

4. Prestación

- Asegurar la prestación del servicio con Humanización y calidad
- Garantizar una prestación del servicio con un enfoque de derechos, poblacional, diferencial y de género
- Brindar el acceso al servicio con oportunidad, cumpliendo la promesa de valor del proceso.
- Realizar el cierre de la atención garantizando la satisfacción del afiliado
- Asegurar el cierre de ciclo de cara al afiliado, orientándolo hacia la fase de

información, transacción y prestación según sea el caso

5. Evaluación

Evaluar en modo journey la experiencia del afiliado con cada uno de los servicios recibidos

RUTA DE SERVICIO PARA EL ACCESO A MEDICINA PREPAGADA

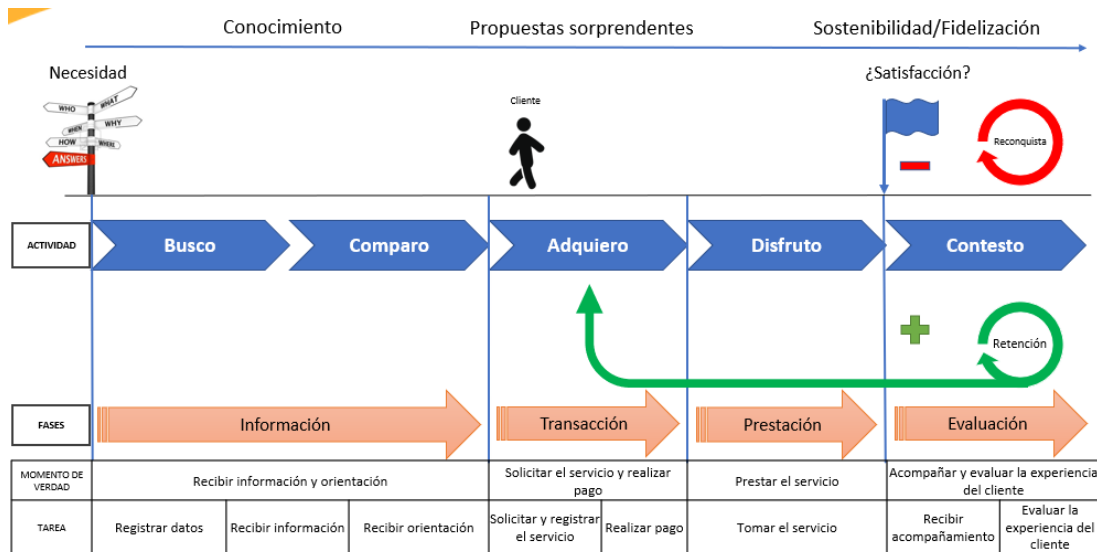


Figura 8.Ruta de Servicio

ANEXOS

- INS-PSV-001 Instructivo Modelo De Atención En Salud De Compensar Medicina Prepagada
- Guía Operativa del Modelo de Salud – Modelo de Atención Administrativa.
- Lineamientos para la Implementación del Modelo de Atención en Salud de Compensar Medicina Prepagada.
- POL-PEC-001 Política de Humanización y Experiencia.
- Procedimiento experiencia y PQRS

BIBLIOGRAFIA

N/A

QUÉ SE ESPERA DE LA APLICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO



N/A

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
STEVEN JEREZ QUIMBAYO PROFESIONAL DE CALIDAD Y PROCESOS	MARTHA ISABEL AMAYA OSORIO GERENTE DE SERVICIOS AL USUARIO YURY PAOLA BARCO COORDINADOR EXPERIENCIA	ADRIANA PARDO GERENTE DE EXPERIENCIA DE CLIENTE (Gerencia de Experiencia de Cliente)
		2025-02-07