



RESOLUCION No 0370 DE 2019 (DEL 28 DE MARZO)

Por la cual se establece el procedimiento para la prescripción, cobro y pago de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios, suministradas a los afiliados del Departamento de Guainía.

LA GOBERNADORA DEL DEPARTAMENTO DE GUAINIA (E)

En uso de sus facultades constitucionales y legales, especialmente las conferidas en el Artículo 305, numeral 12 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 715 de 2001, las Resoluciones, 1479 de 2015 y 2438 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1797 de 2016, las Entidades Territoriales están obligadas a gestionar y garantizar la prestación de servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la Población pobre y vulnerable en lo No cubierto con Subsidios a la demanda y la financiación del subsidio a la oferta.

Que la Ley 1751 de 2015 establece la obligatoriedad de la prestación, de los servicios de salud bajo los principios de oportunidad, integralidad, disponibilidad y continuidad. Y sin consideraciones de índole administrativa, financiera o técnica para garantizar el goce pleno y efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que la Ley 1122 de 2007 en su artículo 14 establece que las Empresas Promotoras de Salud están obligadas a prestar los servicios de salud de manera integral a través de la articulación de su red prestadora y bajo los atributos de calidad de la atención y prestación de los servicios y tecnologías en salud.

Que mediante la Resolución 5857 de 26 de diciembre de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social modificó el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, para la vigencia 2018.

Que mediante la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2015, modificada por la Resolución 1667 del 20 de mayo de la misma anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el "procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado".

Que el artículo 4° de la Resolución 1479 de 2015, permite a los Entidades Territoriales adoptar uno de los modelos descritos en los capítulos I y II, una vez analizada la situación de salud de cada territorio en conjunto con las capacidades técnicas, operativas y financieras de la Dirección Territorial de Salud.

Que las Entidades Territoriales deberán aplicar las reglas relacionadas con el valor a pagar por los Servicios y tecnologías No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud, acogiéndose a lo establecido en el artículo 12 de la resolución 1479 de 2015.

Que, en cualquiera de los modelos previstos en la Resolución indicada, las Entidades Territoriales pagarán directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan, de Beneficios en salud que hayan superado el procedimiento de verificación y control descrito por la Resolución 2438 de 2018 y su modificación realizada en la Resolución 5871 del 28 de Diciembre de 2018, podrán establecer mecanismos que permitan la realización de pagos previos.

Que el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015 ordena que cada Ente Territorial adopte mediante Acto Administrativo el procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de los servicios y tecnologías No Cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.

Que dicho artículo señaló además que el Acto Administrativo debe incluir los soportes que acompañarán la solicitud, el periodo del mes y el lugar donde deberán ser presentadas, el tiempo que tardará la entidad territorial en realizar la auditoría y demás elementos necesarios que permitan establecer la obligación del pago por los servicios efectivamente prestados a los usuarios.

Que mediante Resolución 2438 de 2018 y su modificación realizada en la Resolución 5871 del 28 de Diciembre de 2018, el Ministerio de salud y protección social reglamento el "el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud No financiadas con recursos de la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

Que en la Resolución 2438 de 2018 y su modificación realizada en la Resolución 5871 del 28 de Diciembre de 2018, se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud No Cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.

Que el 6 de mayo de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1479 de 2015, por la cual se establece el procedimiento para cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios de Salud suministrada a los afiliados al Régimen Subsidiado.

Que el 25 de junio de 2015 el Departamento de Guainía emitió el Decreto 0314 por medio del cual se adopta el procedimiento para el reconocimiento y pago de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud

Que mediante la Resolución 2438 de 2018 y su modificación realizada en la Resolución 5871 del 28 de Diciembre de 2018, el Ministerio de Salud reguló el procedimiento para que los afiliados al sistema de salud tengan acceso a las prescripciones y suministros de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios; Según la reglamentación, corresponde a los profesionales de la salud, prescribir las

tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios que deberán aprobarse por junta de profesionales; reportar la prescripción de forma oportuna, clara, debidamente justificada con información pertinente y útil de acuerdo con el estado clínico, el diagnóstico y la necesidad del usuario

Que para garantizar el derecho a la salud establecido en la Ley 1751 de 2015, se emitió el Decreto 2561 de 2014, "Por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el Departamento de Guainía y se dictan otras disposiciones".

Este decreto establece las definiciones, normativas y lineamientos técnicos y operativos del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que operará en el departamento de Guainía.

Que el Convenio 169 de la OIT, ratificado mediante la Ley 21 de 1991 establece en el artículo 25, entre otros aspectos, lo siguiente: "1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. 4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país".

Que el artículo 79 de la Ley 1438 de 2011 establece que: "... se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia".

Que las instituciones públicas del Departamento de Guainía cumplen con los términos señalados en el artículo 79 de la Ley 1438 de 2011, por lo que se requieren los recursos para financiar la prestación de servicios de salud

Que al Departamento de Guainía, Secretaria de Salud, en cumplimiento de la Resolución 2438 de 2018 y su modificación realizada en la Resolución 5871 del 28 de Diciembre de 2018, emitidas por el Ministerio de Salud, les asiste la obligación de garantizar a través de la red de prestadores de las EPS o proveedores concertados previamente entre la EPS y la Secretaria de Salud, el suministro oportuno de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud y aprobados por junta de profesionales de la salud; también deberán realizar la transcripción de

Las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, o servicios complementarios ordenadas mediante fallos de tutela o dispuestos en el MIPRES (herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios). Razón por la cual los procedimientos y modelos adoptados por el Decreto 0314 del 25 de junio de 2015, no se ajustan a estas nuevas obligaciones y se hace necesario derogarlo y adoptar un nuevo modelo y procedimiento.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTICULO 1. Objeto. La presente Resolución tiene por objeto establecer el procedimiento de la Secretaría Departamental de Salud de Guainía, en adelante SSG, para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC, que sean provistos por los prestadores de servicios de Salud o por las Administradoras de planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud del Departamento de Guainía prescritas a través de la herramienta tecnológica de prescripción - MIPRES, u órdenes de fallo de tutela, y/o Comité Técnico Científico mientras se de la transición a MIPRES, en concordancia con la Resolución 2438 de 2018 y su modificación realizada en la Resolución 5871 del 28 de Diciembre de 2018 y su respectivo pago y adoptado por la entidad territorial en el modelo establecido en el Título II, Capítulo II de la Resolución 1479 de 2015.

ARTICULO 2. Para todos los casos, el suministro de servicios y tecnologías No financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los afiliados del régimen subsidiado del Departamento de Guainía se realizará a través de la Red prestadora de las Entidades Promotoras de Salud.

ARTICULO 3. DEFINICIONES: Se tendrán en cuenta las siguientes definiciones

Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en salud No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las Instituciones Prestadoras de Servicios, mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud (MIPRES), que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Cobro: Solicitud presentada por una entidad ante la SSG, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de servicios y tecnologías en Salud No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.

Recobro: Solicitud presentada por una entidad recobrante ante la SSG a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela. Aplica para servicios suministrados por fallos de tutela, Medicamentos vitales no disponibles, aquellos casos en los cuales el prestador exija para la prestación pago anticipado, el cual sea realizado por la entidad recobrante y el pago de servicios de las EPS que no cumplan los tiempos definidos en el presente acto administrativo.

Entidad Recobrante: Entidad Promotora de Salud que garantizó a sus afiliados el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan a la SSG, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.

Tecnología en salud: Se entiende por tecnología en salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico o servicios usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 5857 de 2018 o la norma que la modifique o adicione.

Servicio Único: Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Servicio sucesivo: Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación o paliación, en el cual se debe señalar la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total en que se requiere el mismo.

Servicios o Tecnologías Complementarias: Corresponde a un servicio que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.

Servicio Ambulatorio Priorizado: Corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio, que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.

Servicios No Financiados Con Recursos del Sistema de salud: Corresponde a cualquier servicio que advierta alguno de los siguientes criterios: i) Finalidad cosmética o suntuaria que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas; ii) Que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad y eficacia; iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; y) Que se encuentren en fase de experimentación; vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Soporte Nutricional: Corresponde al aporte de nutrientes necesarios, bien sea con nutrición parenteral o enteral, o ambas, en los casos en los cuales no sea posible mantener la alimentación convencional.

Junta de Profesionales en Salud: grupo de profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos del listado de usos no incluidos en registro sanitario (UNIRS), prescritos por el profesional de la salud.

Medico (o profesional) par: Es un médico que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. En el caso de que una prescripción se realice por un sub-especialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la sub-especialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico de que trate la prescripción.

Usos No Incluidos en el Registro Sanitario (UNIRS): Es entendido como el uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.

Enfermedades Huérfanas: Las enfermedades huérfanas según el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas.

Comparador Administrativo: Tecnología en salud cubierta en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC que las entidades recobrantes utilizaran para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/cobro. Se aplicarán los definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los determinados por la SSC.

Referente No PBS: Corresponde a la Tecnología en salud No incluida en el Plan de Beneficios en Salud, para el cual se establece un comparador administrativo.

Medicamentos vitales No Disponible: Conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 481 de 2004, es aquel que cumpliendo los requisitos allí previstos resulta "indispensable e irremplazable para salvaguardar vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o grupo de pacientes y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes" Adicionalmente, también se incluye medicamentos sin registro sanitario expedido por el INVIMA que se encuentran autorizados por esa Entidad a través del Listado de Medicamentos Vitales no Disponibles. Otros agentes: actores o agentes del SGSSS como proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos u otra denominación, que realizan el suministro efectivo.

Profesional de la Salud: para efectos de la presente resolución se entiende por profesional de la salud, aquellos que de acuerdo a la normativa vigente tienen la facultad de realizar prescripción de tecnologías: médicos, optómetras y odontólogos.

Profesional de la Salud Par: Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. Sí la prescripción se realiza por un subespecialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la subespecialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente

establecido en el TITULO II de la Resolución 2438 de 2018 y su modificación realizada en la Resolución 5871 del 28 de Diciembre de 2018, con respecto a Reporte de prescripción, Juntas de profesionales de la Salud y suministro de las prescripciones de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

ARTICULO 6. Transparencia en la Garantía de Suministro de Tecnologías en Salud No Financiadas con recursos de la UPC o servicios Complementarios. La Secretaria Departamental de Salud de Guainía, adopta lo establecido en el Titulo III de la Resolución 2438 de 2018 y su modificación realizada en la Resolución 5871 del 28 de Diciembre de 2018.

ARTÍCULO 7. La Secretaria Departamental de Salud realizará:

1. Seguimiento integral al proceso de gestión de MIPRES en el suministro efectivo de la tecnología en salud y/o servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado.
2. En conjunto con las EPS se realizará la divulgación de la ruta del suministro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del régimen Subsidiado.
3. Realizará la caracterización mensual de las prescripciones que se generan a través de la plataforma MIPRES en el cual se deberá conocer el comportamiento que ha tenido la formulación.
4. Implementación de controles con el fin de evitar demanda inducida no pertinente y la duplicidad en la entrega.

ARTICULO 8. Manual de Auditoria. La Secretaria Departamental de Salud adopta el manual de auditoria el cual hace parte integral del presente acto administrativo, al igual que el listado de glosas aplicables, los cuales serán socializados y publicados en la página web de la Gobernación de Guainía.- Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio y corresponden a las pactadas dentro de la red de servicios de la EPS.

ARTICULO 9. Presentación de las Solicitudes de Cobro y/o Recobro. Las EPS que tienen Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud presentarán ante esta Entidad Territorial los documentos que soporten los requisitos exigidos para el cobro así:

1. Factura o documento equivalente diligenciado con base en los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario.
2. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO PBS. La factura debe indicar nombre y número de identificación del afiliado.
3. La factura o documento equivalente, será expedido por el prestador del servicio o Tecnología NO PBS, a nombre de la Gobernación de Guainía con NIT 892099149-0.
4. La factura o documento equivalente incluirá exclusivamente los servicios o tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios de Salud, a Cobrar a la Gobernación de Guainía, discriminados con códigos CUM y CUPS.

diferentes IPS por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud. Pasado este plazo la EPS responsable, realizara el pago y tramitará la cuenta como recobro.

ARTICULO 10. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS. La Secretaria Departamental de Salud del Guainía, aplicará las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS:

1. Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el PBS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007.

Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trata el presente literal.

2. Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las tarifas de Homólogos adoptadas por la Secretaria Departamental de Salud o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y Artículo; 3 del Decreto 4877 de 2007. Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

PARÁGRAFO 1. Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la Secretaria Departamental de Salud. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

PARÁGRAFO 2. La diferencia no cubierta por la Secretaria Departamental de Salud, correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud correspondiente.

PARAGRAFO 3. Teniendo en cuenta la adopción del Modelo II de la Resolución 1479 de 2015, la EPS deberá reportar al Ente Territorial el listado de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios con los respectivos valores, acordados con los proveedores a través de contrato, carta de intención o algún tipo de vinculación para la prestación o dispensación de dichas tecnologías, esto con el fin de regular y verificar los valores cobrados por las IPS o proveedores en la facturación radicada.

ARTICULO 15. Exclusiones del Sistema de seguridad Social en Salud.

Exclusiones del sistema de seguridad social en salud. La Secretaria Departamental de Salud de Guainía no reconocerá las exclusiones que cumplan los criterios determinadas en el artículo 126 de la resolución 5857 del 26 de Diciembre de 2018 o contenidas en la Resolución 5267 del 2017 y las normas que en el contexto del proceso establecido por la resolución 0330 del 2017 las adicione y/o modifique complementen o sustituyan, puesto que no son de su competencia. Excepto para dar cumplimiento a fallos de tutela en cuyo caso adelantara las acciones de cobro y/o jurídicas pertinentes para recuperar los recursos invertidos para tal efecto ante las entidades responsables o competentes.

ARTICULO 16. Saneamiento de cartera y saneamiento contable.

La SSG desarrollará con la EPS, de manera permanente la depuración del estado de cartera incluyendo glosas, devoluciones y cuentas por pagar con el fin de adelantar el proceso de conciliación con los prestadores de servicios de salud. En concordancia con las instrucciones impartidas por la circular externa No 002 de 2017, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

La Secretaria Departamental de salud de Guainía, adoptará un plazo no mayor de 3 meses, contados a partir de la fecha de activación en el aplicativo, para que las EPS e IPS presenten toda la facturación autorizada por Comité Técnico Científico u ordenados a través de fallo de tutela, no realizados a través de la herramienta tecnológica.

ARTICULO 18. Vigencia y derogatorias. La presente Resolución rige a partir del 28 de Marzo de 2019 y deroga, el Decreto 0314 del 25 de junio de 2015.

Publíquese, comuníquese y cúmplase

BEATRIZ CASTAÑO FAJARDO
GOBERNADORA DEL DEPARTAMENTO DEL GUAINIA (E)

Aprobó. LUCERO LOPEZ MEDINA
Secretario de Salud Departamental (E)

Proyecto. JENNIFFER RODRIGUEZ SALINAS
Auditora Cuentas Médicas

Reviso. DIANA MILENA DIAZ
Coordinadora Prestación de Servicios

Reviso. NANCY ALEXANDRA SANCHEZ
Secretaria Jurídica y Contratación