

	CIRCULAR EXTERNA		
	CÓDIGO: F-PGED05-04	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 7

CIRCULAR EXTERNA N° 151

PARA: PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD, REPRESENTANTES DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, PROFESIONALES INDEPENDIENTES DE SALUD, SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES, ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

DE: DIRECCION

ASUNTO: POR LA CUAL SE AJUSTAN, DEFINEN Y ESTABLECEN LOS PROCEDIMIENTOS Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD – SOCIALIZACION RESOLUCION 2003 DE 2014.

FECHA: SAN JUAN DE PASTO JUNIO 03 DE 2014

En consideración a lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006, el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, le corresponde ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adopción del Manual que se dispuso en la Resolución 1441 de 2013.

Por lo expuesto la presente tiene por objeto socializar la disposición de la Resolución 2003 de 2014 que deroga la Resolución 1441 de 2013 y en la cual se ajusta, define y establece los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud así como adopción del Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.

Al respecto todos los prestadores de servicios de salud deberán realizar la autoevaluación, la cual consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación.

El Instituto Departamental de Salud de Nariño en cumplimiento de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control se permite dar a conocer la Resolución 2003 de Mayo 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Que de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 4° del de 2006, el Ministerio de Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estarcos hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que con tal propósito, en 2013, se expidió la Resolución 1441 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones".

	CIRCULAR EXTERNA		
	CÓDIGO: F-PGED05-04	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 2 de 7

Que dentro del proceso de implementación de dicha norma se realizaron reuniones con diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad social en Salud, en las que se presentaron inquietudes sobre aspectos precitada resolución, por lo que se consideró del caso efectuar una revisión integral y sistemática de la misma.

Que en concordancia con lo anterior y en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente Manual.

Por lo anterior el Ministerio de Salud y Protección Social resuelve:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. Campo de aplicación. La presente resolución aplica a:

2.1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

2.2 Los Profesionales Independientes de Salud.

2.3. Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

2.4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

2.5. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

Parágrafo. La presente resolución, así como el manual aquí adoptado, no establecen competencias para el talento humano, dado que las mismas se encuentran reguladas en el marco legal correspondiente.

Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

3.1. Capacidad Técnico-Administrativa.

3.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera.

3.3. Capacidad Tecnológica y Científica.

Parágrafo. Las definiciones, estándares, criterios y parámetros de las condiciones de habilitación, son las establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución.

Artículo 4. Inscripción y habilitación. Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución.

Artículo 5. Autoevaluación de las condiciones de habilitación. La autoevaluación consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación.

La autoevaluación deberá realizarse en los siguientes momentos:

5.1. De manera previa a la inscripción del prestador y habilitación del o los servicios.

5.2. Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador y antes de su vencimiento.

5.3. Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que tratan los incisos segundo y tercero del artículo 9 de la presente resolución.

	CIRCULAR EXTERNA		
	CÓDIGO: F-PGED05-04	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 3 de 7

5.4. De manera previa al reporte de las novedades señaladas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado con la presente resolución.

5.5. En cualquier momento antes del 30 de septiembre de 2014, para renovar la habilitación por un año más, para los prestadores que les aplique el artículo 11 de la presente resolución.

Parágrafo. Cuando el prestador realice la autoevaluación y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.

Artículo 6. Requisitos para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el REPS. A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, los Prestadores de Servicios de Salud que se inscriban y habiliten servicios en el REPS deberán cumplir lo siguiente:

6.1 Determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con el REPS. Incluyendo la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio.

6.2 Realizar la autoevaluación y la posterior declaración en el REPS.

6.3 Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.

6.4 Radicar el formulario de Inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud respectiva y los demás soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.

Artículo 7. Procedimiento de inscripción de prestadores y habilitación de servicios en la Entidad Departamental o Distrital de Salud. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez recibido el formulario de inscripción con los soportes establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, procederá a:

7.1 Ubicar el formulario de inscripción diligenciado por el prestador en la Pase de datos del REPS, disponible en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

7.2 Verificar que los soportes entregados con el formulario, correspondan a los previstos en el Manual de inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. En caso de no corresponder, lo devolverá al prestador indicando la documentación o información faltante.

7.3 Asignar código al prestador si el formulario y los soportes se encuentran completos y cumplen con los requisitos establecidos en la presente resolución.

7.4 Programar y realizar las visitas de verificación previa o de reactivación que le correspondan, según el caso, de acuerdo con su competencia y conforme a lo establecido en la presente resolución.

7.5 Enviar la documentación al Ministerio de Salud y Protección Social cuando se trate de servicios nuevos de oncología.

7.6 Radicar la inscripción del prestador y autorizar en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, una vez cumplidos los requerimientos anteriores.

Se considera inscrito el prestador que cumpla el anterior procedimiento, momento a partir del cual el prestador podrá ofertar y prestar los servicios de sobo correspondientes.

Parágrafo: Una vez la Entidad Departamental o Distrital de Salud, autorice en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, el prestador deberá descargarlo, imprimirlo y publicarlo.

Artículo 8. Responsabilidad. El Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares. En consecuencia, el servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo, y no se permite la doble habilitación.

Artículo 9. Vigencia de la inscripción en el REPS. La inscripción inicial de cada Prestador en el REPS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de la radicación ante la entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente. Se considera radicado cuando haya agotado la totalidad del procedimiento de inscripción establecido en el artículo 7 de la presente resolución

	CIRCULAR EXTERNA		
	CÓDIGO: F-PGED05-04	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 4 de 7

La inscripción inicial del prestador podrá ser renovada por el término de un año: siempre y cuando haya realizado la autoevaluación y esta haya sido declarada en el REPS, durante el cuarto año de inscripción inicial y antes de su vencimiento. Las renovaciones posteriores tendrán vigencia de un (1) año, previa -Oración de la autoevaluación de ras condiciones de habilitación y su posterior declaración en el REPS, antes del vencimiento de cada año.

Para el prestador de servicios de salud cuya inscripción en el REPS haya sido inactivada o cancelada y desee realizar su inscripción nuevamente, le vigencia de la inscripción será por un (1) año, así como sus renovaciones previa realización de la autoevaluación de las condiciones de habilitación y su declaración en el REPS.

Parágrafo 1. La inscripción inicial es aquella que realiza el prestador que ingresa al REPS por primera vez, la cual tiene una vigencia de cuatro (4) años.

Parágrafo 2. La inscripción del prestador podrá ser cancelada en cualquier momento por las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación.

Artículo 10. Consecuencias por la no autoevaluación por parte de/prestador. Si el prestador inscrito en el REPS no realiza la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el REPS, dentro del término previsto, se inactivará su inscripción. Adicionalmente, si se trata de una institución prestadora de servicios de salud, requerirá visita de reactivación por parte de la entidad Departamental o Distrital, según corresponda, cuyo objeto consistirá en la verificación de las condiciones de habilitación establecidas y en la decisión sobre la inscripción.

Para los casos en que el prestador no haya autoevaluado uno o varios de los servicios habilitados, con su correspondiente declaración en el REPS, procederá la inactivación del servicio o servicios no autoevaluados en dicho registro. Adicionalmente, si se trata de servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológicos, requerirá visita de reactivación por parte de la entidad departamental o distrital, según corresponda, cuyo objeto consistirá en la verificación de las condiciones de habilitación y en la decisión sobre la inscripción.

Artículo 11. Ampliación del término de vigencia de la inscripción renovada. La vigencia de la inscripción para los prestadores que cuenten con la inscripción renovada hasta el 31 de mayo de 2014, se ampliará hasta el 30 de septiembre de 2014.

Artículo 12. Novedades de los prestadores. Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian, ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. Se consideran novedades las siguientes:

12.1 Novedades del prestador: a) Cierre del prestador b) Disolución o liquidación de la entidad c) Cambio de domicilio d) Cambio de nomenclatura e) Cambio de representante legal f) Cambio de director o gerente g) Cambio del acto de constitución h) Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico) i) Cambio de razón social que no implique cambio de NIT

12.2 Novedades de la sede. a) Apertura o cierre de sede b) Cambio de domicilio o) Cambio de nomenclatura d) Cambio de sede principal e) Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico) f) Cambio de director, gerente o responsable g) Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social h) Cambio de horario de atención

12.3. Novedades de Capacidad Instalada. a) Apertura de camas b) Cierre de camas c) Apertura de salas d) Cierre de salas e) Apertura de ambulancias f) Cierre de ambulancias g) Apertura de sillas h) Cierre de sillas i) Apertura de sala de procedimientos j) Cierre de sala de procedimientos

12.4. Novedades de Servicios. a) Apertura de servicios b) Cierre temporal o definitivo de servicios c) Apertura de modalidad d) Cierre de modalidad e) Cambio de complejidad f) Cambio de horario de prestación del servicio g) Reactivación de servicio h) Cambio del médico especialista en trasplante i) Cambio del médico oncólogo en hospitalización j) Traslado de servicio

Parágrafo 1. El prestador podrá cerrar temporalmente un servicio por un periodo máximo de un año, contado a partir del reporte de la novedad. Si vencido dicho plazo no se ha reactivado el servicio, se desactivará del REPS y para su reactivación o apertura deberá realizar nuevamente la habilitación del servicio y requerirá visita de reactivación por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud si se trata de servicios de alta complejidad. Urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológico.

Parágrafo 2. Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a reportar novedades relacionadas con el cierre de uno o más de los servicios de urgencias hospitalización obstétrica, hospitalización pediátrica y cuidado intensivo, deberán informar por escrito tal situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato,

	CIRCULAR EXTERNA		
	CÓDIGO: F-PGED05-04	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 5 de 7

mínimo quince (15) días antes de realizar el registro de la novedad de cierre en el formato de novedades, con el fin de que dichas entidades adopten las medidas necesarias para garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios.

Artículo 13. Visita de Verificación Previa. Se requerirá visita de verificación previa en los siguientes casos:

13.1. La habilitación de nuevos servicios oncológicos, visita que se realizará por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

13.2. La habilitación de nuevos servicios de urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad, visita que se realizará por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

13.3 La inscripción de una nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, visita que se realizará por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, dentro de los seis (6) meses siguientes a la presentación de la solicitud. Se entiende solicitada la visita con la presentación del formulario de inscripción en las condiciones definidas en el numeral 6.4 del artículo 6 de la presente resolución.

Parágrafo 1. En toda visita de verificación previa, los estándares relacionados con talento humano, historias clínicas y registros y procesos prioritarios asistenciales, se verificarán con base en la planeación que al respecto tenga el prestador y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

Parágrafo 2. Si al realizar la visita de verificación previa, el prestador o el servicio no cumple con las condiciones de habilitación establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de los Servicios de Salud, la entidad a cargo de la visita registrará en el REPS los resultados y el prestador deberá iniciar nuevamente el trámite de inscripción del prestador o habilitación del servicio, en los términos definidos en la presente resolución.

Artículo 14. Plan de Visitas de Verificación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, anualmente, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el REPS, para verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación y del desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. El plan de visitas de verificación deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual será ejecutado y reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud, a más tardar el 20 de diciembre del mismo año. El plan de visitas para el año 2015, deberá ser reportado a la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar el 20 de diciembre de 2014. La formulación del plan de visitas de verificación, deberá tener en cuenta el siguiente orden de prioridad:

14.1 Las visitas a los servicios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

14.2. Los servicios de oncología habilitados por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, para efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 — 2021.

14.3 Los servicios oncológicos que reporten las siguientes novedades: Apertura de modalidad, cambio de complejidad, reactivación de servicio y traslado de servicio. 14.4. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que desde su inscripción no han tenido visita de verificación.

14.5. Los servicios que por efecto de no autoevaluación se inactiven en el REPS y requieran visita de reactivación, en las condiciones establecidas en la presente resolución.

14.6. Los servicios de hospitalización obstétrica que no hayan sido visitados en los cuatro (4) años inmediatamente anteriores a la expedición de la presente norma.

14.7. Los prestadores de servicios de salud que tengan habilitado el servicio de consulta externa general de medicina general con sala de procedimientos.

14.8. Los Prestadores de Servicios de Salud, en proceso de acreditación que soliciten verificación previa para optar por la acreditación.

14.9. Los Prestadores de Servicios de Salud que estando acreditados presenten novedades de apertura de servicios y tengan programada visita de seguimiento por parte del ente acreditador.

14.10. Las demás visitas que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud definan en ejercicio de sus funciones.

Parágrafo 1. Las visitas de verificación de condiciones de habilitación, deben ser comunicadas por cualquier medio al Prestador de Servicios de Salud como mínimo con un (1) día de antelación a su realización. Comunicada la visita de verificación al Prestador de Servicios de Salud, éste no podrá presentar novedades mientras la visita no haya concluido.

	CIRCULAR EXTERNA		
	CÓDIGO: F-PGED05-04	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 6 de 7

Parágrafo 2. El plan de visitas de verificación, que definan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, no excluye la posibilidad de realizar las visitas de verificación que sean necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción, las visitas previas que se requieran o las que surjan en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control.

Parágrafo 3. El plan de visitas de verificación formulado por las Entidades Departamentales o Distritales de Salud para el año 2014, deberá seguir siendo ejecutado durante dicha vigencia.

Artículo 15. Garantía de la prestación de servicios. Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación se presente el cierre de uno o varios servicios de una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud y sea el único prestador de dichos servicios en su zona de influencia, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, en conjunto con la Institución Prestadora de Servicios y las entidades responsables de pago, deberán elaborar en forma inmediata un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes.

Artículo 16. Transporte Especial de Pacientes. Las entidades que vayan a ofertar el transporte asistencial en las tipologías aérea, fluvial o marítima, habilitarán el servicio que vayan a prestar en la sede que hayan definido como principal. Dicha habilitación producirá efectos en todo el territorio nacional, sin que se requiera inscripción en cada una de las Entidades Departamentales o Distritales de Salud en las cuales vayan a prestar el servicio.

Artículo 17. Gratuidad. La inscripción de prestadores de servicios de salud y la habilitación de servicios de salud en el REPS, el reporte de novedades y las visitas son trámites gratuitos.

Artículo 18. Vigilancia y control. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias. Vigilarán y controlarán el cumplimiento de la presente resolución.

Artículo 19. Procedimiento para la actualización de la Norma: La actualización de las condiciones del Sistema Único de Habilidadación, mediante el análisis de las condiciones, estándares y criterios allí definidos, se realizará mediante procedimiento que, de manera permanente y periódica, analice hallazgos y requerimientos conforme a las condiciones del sector, las innovaciones necesarias que permitan disponer de alternativas en la prestación de los servicios, así como la minimización de los riesgos en la prestación de los servicios de salud.

Artículo 20. Transitoriedad. Se establecen como reglas transitorias las siguientes:

20.1 Dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente resolución, los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS, deberán actualizar por una única vez el portafolio de servicios, ingresando al enlace de novedades del prestador, disponible en el aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente y diligenciar la información allí solicitada. La actualización del portafolio de servicios es un requisito previo para que el prestador realice la autoevaluación.

20.2 En las visitas de verificación que adelanten las Entidades Departamentales o Distritales de Salud a los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados antes del 11 de mayo de 2013, se aplicarán las condiciones de habilitación contempladas en la Resolución 1043 de 2006 o las previstas en la presente resolución, siempre y cuando el prestador lo manifieste al momento de la apertura de la visita, de lo que se dejará constancia en el acta correspondiente.

20.3 En las visitas de verificación que adelanten las Entidades Departamentales o Distritales de Salud a los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados a partir del 11 de mayo de 2013, se aplicarán las condiciones de habilitación contempladas en la Resolución 1441 de 2013 o las previstas en la presente resolución, siempre y cuando el prestador lo manifieste al momento de la apertura de la visita, de lo que se dejará constancia en el acta correspondiente.

20.4 Los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados a La entrada en vigencia de esta resolución, tendrán hasta el 30 de septiembre de 2014, para realizar los ajustes necesarios y dar cumplimiento a lo establecido en la presente resolución y en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilidadación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución.

20.5 Una vez cumplido el plazo de transición establecido en el numeral anterior, toda visita de verificación a los prestadores inscritos con servicios habilitados, incluidas las de los numerales 20.2 y 20.3 deberán realizarse aplicando las condiciones de habilitación contempladas en la presente resolución.

Artículo 21. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 1441 de 2013 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

	CIRCULAR EXTERNA		
	CÓDIGO: F-PGED05-04	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 7 de 7

Por lo expuesto anteriormente se invita a todos los prestadores de servicios de salud referidos en la presente circular a realizar la revisión y análisis de la norma y la aplicación en sus instituciones, de igual forma la oficina de habilitación de la Subdirección de Calidad y Aseguramiento ubicada en el 4to piso del IDSN, estará atenta a las inquietudes que al respecto se tenga.

ORIGINAL FIRMADO

ELIZABETH TRUJILLO DE CISNEROS
Directora IDSN

Proyectó: MARIO RICARDO CAMPAÑA ORTEGA Profesional especializado	Revisó: JAVIER RUANO GONZALEZ Subdirector Calidad y Aseguramiento
Firma Fecha: JUNIO 03 DE 2014	Firma Fecha: JUNIO 03 DE 2014