ANEXO No. 2

PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE COBRO/RECOBRO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

El Equipo de Auditoria de Cuentas Médicas de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud de la Secretaría Distrital de Salud SDS o quien haga sus veces, es el encargado de desarrollar el proceso de verificación y control de las solicitudes recibidas de las EPS, con el objeto de establecer la obligación de pago frente a las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC Régimen Subsidiado y servicios complementarios, prestados por las IPS y proveedores a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en Bogotá, D.C., mediante el giro previo al proceso de auditoría integral, la auditoría, comunicación de resultados de auditoría a las IPS, proveedores y EPS, conciliación de cuentas médicas y saneamiento de cartera de la siguiente manera:

ETAPA DE PAGO PREVIO

I. GIRO DE RECURSOS PREVIO AL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL. El Fondo Financiero Distrital de Salud/ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, realizará pagos previos a los prestadores, proveedores y EPS, que presenten cobros/recobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, teniendo en cuenta el histórico de glosa, (glosa aceptada y no aceptada). Para esto se toma como base el resultado de conciliación definitiva de los últimos tres meses certificados.

ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL

II. AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

El desarrollo de la auditoría tendrá en cuenta como mínimo:

1. VERIFICACIÓN DE DERECHOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).

La verificación de si le asiste al usuario el derecho al momento de la prestación del servicio, se realizará mediante la consulta de las bases de datos:

- La página web del ADRES (BDUA y Afiliados compensados)
- La página web del DNP
- Comprobador de Derechos de la Secretaria Distrital de Salud (SDS),
- La página Web de SISPRO. (RUAF)

La factura será devuelta en su totalidad, en caso de no encontrarse identificado el usuario como afiliado al Régimen Subsidiado en Salud en Bogotá, D.C.

2. VERIFICACIÓN DEL NÚMERO DE PRESCRIPCIÓN ASIGNADO EN EL REPORTE DE PRESCRIPCIONES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

Se revisará si está soportada la prescripción en el aplicativo MIPRES: i) efectuada por el profesional de la salud ii) o por la entidad responsable del afiliado cuando esta fue ordenada en un fallo de tutela.

La validación se efectúa con los soportes del cobro/recobro allegados por la entidad, así;

2.1 Derivados de una prescripción en el aplicativo MIPRES: Número de la prescripción efectuada por el profesional de la salud en el aplicativo MIPRES.

2.2 Derivados de una prescripción en el aplicativo MIPRES y corresponden a servicios que requieren concepto de junta de profesionales de la salud: Acta de la junta de profesionales de la salud que contenga como mínimo lo descrito en el artículo 25 de la Resolución 2438 de 2018, y el concepto de la decisión se encuentra diligenciado en el aplicativo MIPRES.

Aplica solo para los casos que requieren concepto de la Junta de Profesionales de la Salud.

2.3 Derivados de ordenaciones de fallos de tutela. Fallo de tutela en donde se evidencia nombre o tipo y número de identificación del usuario y descripción de la tecnología, con su respectivo Número de la prescripción efectuada en el aplicativo MIPRES.

3. LA TECNOLOGÍA EN SALUD PRESCRITA NO ESTABA CUBIERTA POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO PARA LA FECHA DE SU PRESCRIPCIÓN

Para definir si una tecnología cobrada/recobrada está o no incluida en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado, se tienen en cuenta los siguientes criterios de forma general:

3.1 Procedimientos

En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado, corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, de acuerdo a lo establecido en el artículo 3 de la Resolución 5269 de 2017

o por la que lo modifique o reemplace, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado o en actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

En relación a las combinaciones de tecnologías en salud: Se cubren las tecnologías en salud descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado, cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

3.2 Medicamentos

Para definir la cobertura de los medicamentos condicionados, se debe tener en cuenta lo siguiente:

La cobertura de medicamentos está dada por los listados explícitos de las normas que han definido el plan de beneficios, teniendo en cuenta que cumplan las siguientes características en su totalidad:

1. Principio activo
2. Concentración
3. Forma farmacéutica
4. Aclaración u observación, si se encuentra descrita

Adicionalmente se tendrá en cuenta lo siguiente:

i. Radiofármacos: Son cobertura del plan de beneficios con cargo a la UPC Régimen Subsidiado, cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.
ii. Medios de contraste: La cobertura de los medios de contraste corresponde a los incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del plan de beneficios con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado.
iii. Soluciones y diluyentes: Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito.

Igualmente, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC Régimen Subsidiado, cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

iv. Analgesia, anestesia y sedación: Se cubre la analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en el plan de beneficios con cargo a la UPC, incluida la atención del parto.

v. Indicaciones autorizadas: Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado y armonizadas en su cobertura, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará cubierta por la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

3.3 Dispositivos e insumos

En caso de que la tecnología no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC Régimen Subsidiado, corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se podrán prescribir únicamente los que se encuentran en el aplicativo, y de acuerdo a la cobertura establecida por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC Régimen Subsidiado o los actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En virtud de lo anterior, la presentación de cobros/recobros de insumos, materiales o dispositivos médicos por parte de las entidades serán aquellos que se encuentran descritos en las tablas de referencia en el aplicativo MIPRES.

Aclaraciones

i) Las entidades presentarán los cobros/recobros de prescripciones de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado, que requiere concepto de junta de profesionales de la salud, una vez dicha prescripción cuenta con el concepto de aprobación por parte de la junta de profesionales de la salud en el aplicativo y aporta copia del acta acorde al concepto reportado en el aplicativo.

ii) No procede el reconocimiento de prescripciones con fecha posterior al suministro, excepto en los casos de urgencia vital, hospitalización, cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, medicamentos de urgencia clínica, estudios pre-trasplante de donantes no efectivos y prescripciones derivadas de trascripciones por contingencia. Se verificará la fecha de prescripción contra la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud cobrada/recobrada.

iii) Para la validación de la indicación o uso INVIMA se debe tener en cuenta, lo siguiente: En virtud de lo establecido en el numeral 9 del artículo 3 de la Resolución 532 de 2017, para validar la indicación registrada en el INVIMA de los medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC se consideraran armonizadas las indicaciones aprobadas por el INVIMA, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una

indicación, la misma se contemplara para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica. Ahora bien, el INVIMA tiene registradas un conjunto de indicaciones para cada producto que pueden tener dos características así: i) corresponder a diagnósticos CIE-10 de forma exacta y/o ii) relacionarse con síntomas específicos, consecuencias clínicas de una patología entre otras circunstancias médicas que no son un diagnóstico taxativo del CIE-10. Dado lo anterior, no es correcto afirmar que si el diagnóstico CIE-10 no está registrado en el producto corresponde a una indicación fuera del registro sanitario. En cualquier caso, deberá validarse el punto ii) citado. En todo caso, para verificar si el uso o indicación del servicio o tecnología en salud recobrada se encuentra autorizada por el INVIMA, la auditoría deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos del cobro/recobro que permitan dar conexidad entre el diagnóstico, la justificación de la prescripción, el servicio y/o tecnología suministrada y la indicación registrada en el INVIMA. Cuando no es posible efectuar dicha conexidad por información insuficiente en los diferentes soportes del cobro/recobro o una vez verificados corresponde a una indicación no autorizada por el INVIMA y no corresponde a los medicamentos del listado UNIRS o sociedades científicas se impondrá la glosa pertinente.

4. EL SERVICIO O LA TECNOLOGÍA EN SALUD SIN COBERTURA EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO FUE EFECTIVAMENTE SUMINISTRADA AL USUARIO:

Se revisará si el servicio o la tecnología en salud fue efectivamente suministrada al usuario y por lo tanto existe:

i) Soporte que evidencia su entrega. (soportes descritos en el anexo 1)
ii) Facturación del proveedor del servicio.
iii) Anexo de garantía del suministro

5. DETERMINACIÓN DEL VALOR A PAGAR POR LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

Con el objeto de determinar el valor a pagar, se tendrá en cuenta:

5.1. PARA MEDICAMENTOS:

5.1.1 En el caso que la tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios, (NO PBS) sea un medicamento, el valor tope a reconocer en la Factura por el FFDS, es el valor máximo autorizado por la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPM) para la fecha de la atención.

5.1.2 Si la tecnología (Medicamento) no tiene valor máximo de referencia por la CNPM se reconocerá el valor pactado contractualmente entre la EPS e IPS o proveedor

5.1.3 Si la tecnología (Medicamento) no tiene valor máximo de referencia por la CNPM y no se encuentra pactado contractualmente con la EPS, se determinará de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 7, de la presente Resolución.

5.2 PARA INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.

Se reconocerá el valor facturado por la IPS, proveedor del servicio médico y/o prestación de salud, siempre y cuando esté contractualmente soportado. En caso de no estar pactado contractualmente se reconocerá el valor registrado en la factura de compra más el 12% por gastos administrativos.

5.3 PARA PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS O DIAGNÓSTICOS:

Para la tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios (NO PBS), correspondientes a procedimientos terapéuticos o Diagnósticos, se reconocerá el valor facturado por la IPS, proveedor del servicio médico y/o prestación de salud, siempre y cuando esté contractualmente soportado.

En caso de no estar pactado contractualmente, el valor facturado por la IPS, proveedor o EPS, se comparará con el precio promedio del mercado para Bogotá, D.C. para el año de la prestación del servicio.

5.4 PARA CONJUNTO INTEGRAL DE SERVICIOS (PAQUETE)

Cuando la tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios (NO PBS), es un Conjunto Integral de Servicios (paquete), la IPS o EPS anexará el detallado del contenido por servicio o tecnología de forma individual y las cantidades incluidos en este; si contiene insumos no cubiertos por el Plan de Beneficios (NO PBS), la IPS o EPS anexará la Factura de Compra del Proveedor que suministró la tecnología.

Si el detallado contiene servicios o tecnologías cubiertas por el Plan de Beneficios, (PBS), serán descontados al valor pactado contractualmente con la IPS o proveedor, esto debe estar debidamente soportado.

6. APLICACIÓN Y DESCUENTO DEL COMPARADOR ADMINISTRATIVO (HOMÓLOGO) AL SERVICIO O TECNOLOGÍA EN SALUD NO CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (NO PBS).

La SDS verificará los comparadores administrativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la realización del descuento del valor del homólogo incluido en el PBS.

El valor del homólogo que no se encuentre en el listado de los comparadores administrativos del MSPS, la SDS lo determinará del promedio SISMED dispuesto en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, así:

1. Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por atenciones intrahospitalarias (Urgencias, Hospitalizaciones o Procedimientos médico - quirúrgicos) se tomará la columna de Precio de la referencia COMPRAS en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni lo más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.

2. Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por atenciones ambulatorias o fórmulas médicas (Extrahospitalaria) se tomará la columna de MAYORISTA Precio de la referencia VENTAS CANAL INSTITUCIONAL en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni lo más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.

Se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de la prestación del servicio.

Los servicios o tecnologías NO PBS (incluidos los paquetes o conjuntos de atenciones integrales), que en el proceso de auditoría de cuentas médicas se evidencie que contiene uno o varios servicios o tecnologías en salud incluidas en el PBS, se descontarán del valor facturado por la IPS, proveedor o EPS, por corresponder su reconocimiento a la EPS.

El valor del Comparador Administrativo (homólogo) utilizado para el reconocimiento de la tecnología tipo Medicamento y/o procedimiento no cubiertos por el Plan de Beneficios de Salud (NO PBS) utilizará el mismo procedimiento descrito en el literal 5 de éste anexo.

7. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA AUDITORÍA.

a. Que el servicio o tecnología en salud suministrada al usuario, objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el PBS para la fecha de prestación del servicio.

b. Que el servicio o tecnología en salud sin cobertura en el PBS fue prescrito por el profesional de la salud tratante del usuario.

c. Que el servicio o tecnología sin cobertura en el PBS fue efectivamente suministrado al usuario.

d. Que el reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS compete a la Entidad Territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.

e. Que los datos registrados en los documentos que soportan el cobro/recobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.

f. Que el valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a lo establecido en el artículo 6 de la presente Resolución.

g. Que la cuota de recuperación, esté descontada en la factura del prestador según lo dispuesto en el artículo 2.4.20 del Decreto 780 de 2016 y en el Decreto Distrital 345 de 2008.

8. EL TÉRMINO ESTABLECIDO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO Y PAGO DEL SERVICIO O LA TECNOLOGÍA EN SALUD NO CUBIERTA POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

El término establecido para la presentación de los cobros/ recobros ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, es el definido en el literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, finalizado dicho plazo, sin haberse presentado el cobro/recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Fondo Financiero Distrital de Salud; es decir que se tiene un término máximo de (3) años contado a partir de la fecha de prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, para presentar el cobro/recobro ante la SDS.

9. TÉRMINOS PARA REALIZAR LA AUDITORIA DE LOS SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), dentro de los dos meses siguientes a la radicación del cobro/recobro con todos sus soportes, desarrollará la auditoría y preparación de comunicación de resultados con destino a la IPS, proveedores y EPS, detallando las glosas respectivas, para lo cual la SDS, adapta los códigos de glosa establecidos por el manual de auditoría del ADRES. Ver formato No. 1

IV. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE AUDITORÍA Y CONCILIACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS.

El resultado de la auditoría será comunicado por la SDS a la IPS, proveedores y EPS, mediante correo electrónico y correo certificado.

Las IPS, proveedores y EPS, deberán dar respuesta a las glosas presentadas por la SDS, dentro de los dos meses siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación; en todo caso, la SDS citará a conciliación de cuentas médicas a las entidades con el fin de realizar el cierre definitivo del proceso.

ETAPA CRUCE DE PAGOS

V. SOPORTE PARA EL RECONOCIMIENTO

El resultado de la conciliación se materializa con el ACTA DE CONCILIACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS, que se constituye en el soporte para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, con cargo al FFDS, el cual queda sujeto al cruce, entre el pago previo realizado a la IPS, proveedor y EPS y al resultado de la conciliación definitiva de cuentas médicas.

En caso de existir valores negativos a favor del FFDS, estos serán descontados de las conciliaciones con resultado a favor de la IPS, siempre y cuando sea por el mismo concepto; si no se cuenta con más facturación para realizar el descuento, la IPS, proveedor o EPS, deberá realizar la devolución al FFDS en los 30 días siguientes a su notificación.

ETAPA DE PAGOS

ADMINISTRACIÓN DEL ASEGURAMIENTO

1. Solicitud de los Certificados de Disponibilidad Presupuestal -CDP previo el lleno de los requisitos y la disponibilidad de recursos.
2. Solicitud de Programa Anual de Caja –PAC con los recursos requeridos cada mes.
3. Recibidos los CDP, se elaboran los actos administrativos de reconocimiento y ordenación de pago.
4. Revisión de las actas o formatos para el giro provenientes de la Subdirección de Garantía.
5. Solicitud de la segunda causación ante la Dirección Financiera de las facturas incluidas en las actas o formatos recibidos de la Subdirección de Garantía, para el registro contable de los descuentos por glosas y otros descuentos.
6. Envío de la resolución a la Dirección Financiera para la expedición del Registro Presupuestal y su respectivo trámite de pago.

PROCEDIMIENTO PARA PAGO EN DIRECCIÓN FINANCIERA:

1. EXPEDICIÓN DEL REGISTRO PRESUPUESTAL:

Imputación del acto administrativo dando lugar al Registro Presupuestal por el valor certificado.

2. VERIFICACIÓN DE SOPORTES:

Las obligaciones de proveedores de bienes y servicios, al ser recibidas en la Dirección Financiera –Central de Cuentas, deben contener como mínimo los siguientes documentos soporte:

- Acto administrativo
- Factura y/o cuenta de cobro.
- Copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP.
- Si es primer pago, se deberá remitir por única vez, Certificación Bancaria, Certificación Juramentada (cuando haya lugar a ello) y copias del Registro Único Tributario – RUT y Registro de Información Tributaria del Distrito Capital RIT.

3. ELABORACIÓN DE LA CUENTA POR PAGAR:

En esta parte del proceso se causa una obligación CONTABLE y se aprueba para la respectiva Orden de Pago.

Revisión de retenciones practicadas, liquidación de los impuestos que se hayan retenido en debida forma.

4. GENERACIÓN DE ÓRDENES DE PAGO:

Imputación presupuestal, generando un número consecutivo que en adelante identificará la ORDEN DE PAGO.

5. PROGRAMA ANUAL DE CAJA – PAC:

Para tramitar cada orden de pago se consultará la disponibilidad de cada obligación para posibilitar su pago dependiendo del Proyecto de Inversión que lo respalde.

6. GIRO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL

Las Órdenes de Pago pasan al área de Presupuesto, donde se revisan y aprueban.

7. FIRMAS PARA PAGO

La orden de pago es firmada (en físico o firma digital) en las áreas de Presupuesto y Tesorería y luego de ser firmada por el (la) Director(a) Financiera se completa con la firma del(a) Ordenador(a) del gasto de la entidad.

8. PAGO A BENEFICIARIO FINAL:

Las órdenes que se tramitan para pago se realizan directamente a los beneficiarios con abono en cuenta. Previamente el beneficiario deberá informar por escrito los datos de la cuenta bancaria y anexar la certificación en la que conste que es el cuenta-habiente, su identificación, el número, el tipo de cuenta y si a la fecha está activa.

9. CONFIRMACIÓN DE PAGOS:

Terminado todo el proceso para realizar los pagos de obligaciones a cargo y efectuado el respectivo desembolso de los dineros en la(s) cuenta(s) de los beneficiarios finales, se procede con la confirmación de pago. Esta actividad consiste en informar mediante medio electrónico que los recursos fueron efectivamente desembolsados, en caso que se requiera información adicional se incluirá copia de orden de pago.

10. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS TRIBUTARIOS:

Por solicitud del beneficiario, o del supervisor del contrato o convenio, mediante radicación escrita o vía correo electrónico, se certifican las retenciones practicadas a los proveedores, teniendo en cuenta la información registrada en la Dirección Financiera -Tesorería.

VI. SANEAMIENTO DE CARTERA Y SANEAMIENTO CONTABLE

La SDS desarrollará con la IPS, proveedores y EPS, de manera permanente la depuración del estado de cartera, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente. El estado de cartera conciliado entre las partes, SDS-IPS, proveedor y EPS, o los paz y salvos obtenidos a favor del FFDS, serán remitidos por la Subdirección de Garantía del Aseguramiento a la Dirección Financiera de la SDS para la respectiva actualización o registro del movimiento contable en los estados financieros del FFDS.

Proyectó: Adriana.R-GLSánchez
Revisó: AAPérez
Aprobó. JGDíaz - Anabelle A
APN