

CIRCULAR 208 10 AGO. 2009

PARA: GERENTES Y DIRECTORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

DE: DIRECTOR SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN IMPLEMENTACIÓN RESOLUCION 3047 DE 2008

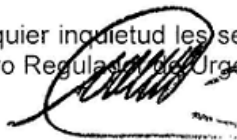
Como es de su conocimiento, a partir del 14 de agosto de 2009 empieza a regir en firme la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social que define formatos, medios de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Responsables de Pago.

Para facilitar el uso de los medios de comunicación y posibilitar el flujo de la información que se establece en dicha resolución, **es necesario que nos haga llegar antes del 12 de agosto de 2009, la información solicitada en el formato adjunto.**

Con el fin de agilizar el flujo de información y los tiempos de respuesta desde la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, esperamos recibir los anexos preferiblemente en **formatos XML (según estructura publicada por el Ministerio de la Protección Social)**; de no ser posible así, hacerlo en **archivos planos (se enviará estructura)**, o en **archivos Excel (se enviará plantilla)**, o en documentos Word y como última opción Imágenes en pdf, gif, tif, etc.

Con respecto al medio de envío, el ideal es el **correo electrónico**; solo en caso de no tener esta posibilidad, utilizar el FAX.

Cualquier inquietud les será resuelta a través de los teléfonos 360 01 66 y 360 01 67 del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.



CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR

LFGA 06/08/2009



Dirección de Atención a las Personas
Calle 42B 52-106 Piso 8, oficina 825- Teléfono Fax: 383 94 33
Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Medellin - Colombia - Suramérica

Antioquia para todos.
Manos a la obra!

DATOS ENTIDAD	
Código (6 dígitos para Responsables de pago, 12 dígitos para Prestadores de servicios de salud)	
Nombre	
Correo electrónico institucional	
Dirección	
Teléfono(s)	
Telefax	
DATOS CONTACTO PARA EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Cargo	
Dependencia o área de trabajo	
Teléfono(s)	
Correo electrónico del contacto	
Correo electrónico para recepción de respuestas a solicitudes enviadas a la DSSA	
DATOS USUARIO ADMINISTRADOR DEL COMPONENTE WEB DSSA: REGISTRO DE PACIENTES DE QUIENES NO SEA POSIBLE ENVIAR EL INFORME DE ATENCION INICIAL DE URGENCIAS (Anexo 2)	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Primer nombre	
Segundo nombre	
Cargo	
Dependencia o área de trabajo	
Teléfono(s)	
Correo electrónico	