

## Solicitud de activación MIPRES

Señores

**EPS y Medicina Prepagada SURAMERICANA**

En mi calidad de prestador de servicios vinculado a la red de atención de la Póliza de Salud de Seguros de Vida SURAMERICANA, **solicito inscribirme como prescriptor al Sistema MIPRES**, de acuerdo con las siguientes consideraciones.

Los pacientes que acceden a nuestros servicios por intermedio de los Planes Voluntarios son a la vez afiliados al régimen contributivo de EPS SURA. Como médicos debemos garantizar la continuidad y la articulación de la atención en salud, velando porque las necesidades de la población sean satisfechas en los distintos componentes de la integralidad en salud: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.

Estos pacientes requieren en algunas ocasiones, acceso a servicios y tecnologías en salud que no están cubiertas, encontrando como opción la prescripción que se podría hacer a través de la plataforma MIPRES, dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta plataforma, en sus condiciones de funcionamiento, contenidas en la Resolución 3951 de 2016 y modificaciones, establece que **los profesionales de la salud tratantes podremos realizar las respectivas prescripciones conforme a la activación que efectúe la Entidad Promotora de Salud en la plataforma.**

**Con el fin de facilitar la activación, les informo que, en mi calidad de médico, estoy inscrito en MIPRES y todos los servicios de salud que prestamos se encuentran debidamente habilitados y registrados en el REPS.** Mi equipo y yo conocemos las condiciones de funcionamiento de la plataforma y por ende los requisitos que se deben seguir para gestionar las prescripciones y trámites que debemos gestionar cuando se presenten dificultades en el funcionamiento.

De igual forma, soy consciente de la administración, control y seguimiento que podría hacer la Entidad Promotora de Salud en ejercicio de sus facultades legales, **teniendo presente en todo momento que, las prescripciones que realicemos en virtud de la autonomía médica tendrán siempre sustento médico y científico y un enfoque de cuidado de la salud de los pacientes.**

Entiendo que una vez recibida la petición se iniciarán los trámites administrativos pertinentes para adelantar la activación, con el compromiso de ambas partes para la gestión de las comunicaciones que sean necesarias, salvo que esta sea resuelta en sentido negativo.

El contenido de este documento será notificado a cada uno de los Planes Voluntarios con los cuales me encuentro vinculado por medio de una relación comercial de prestación de servicios.

Firma:

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_



**Recuerda imprimir, firmar y enviar.**