



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO **0003539** DE 2019

(31 DIC 2019)

Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 23 del artículo 2º del Decreto-Ley 4107 de 2011, el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 y en desarrollo del Auto 122 de 2019 de la Corte Constitucional, y

CONSIDERANDO

Que mediante la sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional impartió una serie de órdenes, tendientes a superar las fallas evidenciadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, de las que hace parte la contenida en su numeral décimo noveno, a cuyo tenor, este Ministerio debe adoptar las medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), remitan informes trimestrales respecto de los servicios ordenados por el médico tratante a sus usuarios, negados por la EPS y no tramitados por el Comité Técnico Científico – CTC y los servicios ordenados por el médico tratante, negados por el CTC, información que se ha venido consolidando en el documento denominado "*registro de negaciones*".

Que en observancia de la orden vigésima tercera de la sentencia T-760 de 2008, relacionada con la necesidad de que se adopten medidas para regular el trámite interno a adelantar por el médico tratante para que las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado autoricen directamente los servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, se implementó la herramienta tecnológica MIPRES, que permite a los profesionales de la salud la prescripción directa de dichos servicios y sin que existan instancias adicionales de autorización.

Que la puesta en marcha de la citada herramienta, trajo la eliminación de los CTC en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, conforme con lo estatuido por las Resoluciones 3951 de 2016 y 2438 de 2018, respectivamente, lo que ha venido impactando en la orden décimo novena de la sentencia T-760 de 2008, tal como inicialmente fue concebida.

Que adicional a lo anterior, con posterioridad a la emisión de dicha sentencia, se han generado cambios estructurales en el SGSSS, como es lo propio de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, que apunta a la concepción de un Plan de Beneficios implícito.

Que en el último auto de calificación de cumplimiento de la mencionada orden judicial (auto 122 de 2019), la Corte Constitucional requirió a este Ministerio para que emita una nueva normativa que regule el registro de negaciones en los Regímenes Contributivo y Subsidiado e incluya además de los servicios negados, aquellos que pese a ser autorizados, no son suministrados en forma oportuna, disponiendo que esta herramienta deberá observar tanto los parámetros allí fijados, como los contemplados en el Auto 411 de 2015, y arrojar datos precisos, claros y confiables.

Que en lo referente a la medición de este nuevo componente ordenado por la Corte Constitucional (servicios y tecnologías que pese a autorizarse, no se entregan

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

oportunamente), es pertinente señalar que este Ministerio, de acuerdo con lo previsto por el artículo 227 de la Ley 100 de 1993, en consonancia con los artículos 107 y 108 de la Ley 1438 de 2011, mediante Resolución 256 de 2016, desarrolló el Sistema de Información para la Calidad – SIC, en cuyo marco estableció indicadores que dan cuenta del desempeño y resultados de los agentes del SGSSS.

Que es así como al amparo del SIC se evalúan dimensiones atadas a diferentes indicadores para medir aspectos como la oportunidad de la atención (tiempos de espera) y el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud prestados, información que constituye parte del insumo para la medición del componente de oportunidad a que refiere el auto 122 de 2019 y que como tal, impone la modificación de la Resolución 256 de 2016.

Que con la información que se recaude del registro de servicios y tecnologías en salud negados, la generada por MIPRES y el SIC, entre otros, se dispondrá en la página web de este Ministerio un semáforo de alertas de servicios negados, el cual servirá a los entes de control para adelantar las acciones de su competencia.

Que conforme con lo anterior, acogiendo los lineamientos impartidos por la Corte Constitucional en los autos 411 de 2015 y 122 de 2019, se procederá a expedir el nuevo registro de negaciones.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto, de un lado, adoptar el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado reporten a este Ministerio los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante a sus usuarios, que sean negados por tales entidades y de otro, modificar la Resolución 256 de 2016. Dicho instrumento está contenido en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta resolución se aplican a las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Artículo 3. Plataforma para el reporte de la información. Las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, deben reportar la información a través del anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución y remitirla a este Ministerio por intermedio de la Plataforma de Intercambio de información (PISIS), del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), bajo las especificaciones definidas en el citado anexo.

Artículo 4. Periodicidad y plazo para el reporte de la información. La información a que refiere el artículo 1 de esta resolución, debe ser enviada por las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado de forma mensual. La información correspondiente al mes inmediatamente anterior, se reportará dentro de los veinte (20) días calendario del siguiente mes. En este lapso se surtirán las fases de validación y deberán efectuarse las respectivas correcciones, cuando a ello haya lugar.

Vencido el plazo anterior sin que se reporte la información o se efectúen las correcciones, se informará lo pertinente a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

Artículo 5. Fases de validación de la información. El proceso de validación constará de dos fases, así:

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

1. Primera fase. En esta se revisará la estructura de los datos y la calidad de la información, y en el evento de presentarse errores o inconsistencias, por intermedio de la Plataforma de Intercambio de información (PISIS), del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), se informará de ello a la entidad que reporta para que subsane lo pertinente.

2. Segunda fase. En esta se realizará el control de calidad al contenido de la información que se haya reportado a través de la Plataforma de Intercambio de información (PISIS), del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), y se comunicará a la entidad que reporta, el resultado de la validación.

Parágrafo. Se entenderá cumplida la obligación de reporte de información de que trata el presente acto administrativo, una vez las dos (2) validaciones anteriormente descritas se surtan de forma satisfactoria con las correcciones respectivas, esto último cuando a ello haya lugar.

Artículo 6. Transferencia de archivos (FTP). La información que haya superado las fases de validación será transferida por el Ministerio de Salud y Protección Social a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, a través del protocolo de transferencia de archivos (FTP), asignado a estas entidades, dentro de los veinte (20) días calendario siguientes a la recepción de dicha información.

Así mismo, esta información se dispondrá en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social de manera que alerte a los entes de control y a los usuarios del SGSSS, sobre las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado que con mayor frecuencia niegan servicios.

Artículo 7. Tratamiento de la información. Las entidades que participen en el reporte, flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de las Leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014, el Decreto 1377 de 2013 y las normas que los modifiquen o sustituyan, en virtud de lo cual, se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y de los datos a los cuales tienen acceso.

Artículo 8. Soporte y asistencia técnica. Este Ministerio brindará asistencia técnica a las entidades que reportan, a través de la mesa de ayuda de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS), cuyo detalle de operación se especifica en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 9. Adicionase un parágrafo al artículo 6 de la Resolución 256 de 2016, del siguiente tenor:

"Parágrafo. Las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, reportarán la información requerida al amparo de esta resolución, de forma trimestral, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la terminación del respectivo trimestre. Vencido este plazo sin que se allegue dicha información, la correspondiente novedad se reportará a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia".

Artículo 10. Sanciones. El incumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución, dará lugar a la imposición de las sanciones consagradas en el artículo 116 de la Ley 1438 de 2011 y demás normas concordantes y vigentes sobre la materia, por parte de las autoridades competentes.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

Artículo 11. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir del 1º de enero de 2020; deroga desde tal fecha la Resolución 2064 de 2017, modificada por la Resolución 1486 de 2018 y adiciona un párrafo al artículo 6 de la Resolución 256 de 2016.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C, a los

31 DIC 2019


IVAN DARIO GONZÁLEZ ORTÍZ
Ministro de Salud y Protección Social (E)

Aprobó: Viceministra de Protección Social 

 Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Directora Jurídica 

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

ANEXO TÉCNICO

Reporte de los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante a sus usuarios, negados por las entidades responsables del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado

Las entidades responsables del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado enviarán a este Ministerio los archivos planos con la información de los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante a sus usuarios, que sean negados, por dichas entidades.

Para este anexo técnico se definen cuatro capítulos, a saber:

1. Estructura y especificación de los archivos
2. Características de los archivos planos
3. Plataforma para el envío de archivos
4. Periodo de reporte y plazo

CAPÍTULO 1

Estructura y especificación de los archivos

a) Estructura y especificación del nombre del archivo

El nombre del archivo que contiene los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante que sean negados por la correspondiente entidad responsable del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado, debe cumplir con el siguiente estándar:

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Requerido
Módulo de información	REC	Identificador del módulo de información: REC: reportes de control	3	Sí
Tipo de fuente	140	Fuente de la información	3	Sí
Tema de información	RNSE	Información de los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la correspondiente entidad responsable del aseguramiento en salud	4	Sí
Fecha de corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada. Es el último día	8	Sí

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

		calendario del periodo de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador. Ejemplo: 20170731		
Tipo de identificación de la entidad que reporta	NI	Tipo de identificación de la entidad que reporta la información: —NI: correspondiente al tipo de identificación NIT.	2	Si
Número de identificación de la entidad que reporta	999999999999	Número de identificación de la entidad que envía los archivos, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior: — Número de NIT sin incluir el dígito de verificación. Se debe usar el carácter cero de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: 000860999123	12	Si
Extensión del archivo	.txt	El archivo de que trata este anexo técnico es un archivo plano.	4	Si

Nombre del archivo

Tipo de archivo	Nombre de archivo	Longitud
Reporte de los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la correspondiente entidad responsable del aseguramiento en salud	REC140RNSEAAAAMDDNIxxxxxxxxxxxx.TXT	36

b) Contenido del archivo

El archivo de los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante y que sean negados, está compuesto por un único registro de control (registro tipo 1), utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios tipos de registros de detalle (registro tipo 2 y 3), que contienen la información solicitada, así:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

Tipo 2	Registro de detalle de los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la correspondiente entidad responsable del aseguramiento en salud.	Obligatorio
--------	---	-------------

Cada registro está conformado por campos, los cuales van separados por *pipe* (|)

b.1. Registro tipo 1 - Registro de control

Es obligatorio. Es el primer registro que debe aparecer en los archivos que sean enviados.

Nº	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que significa que el registro es de control	Sí
1	Tipo de identificación de la entidad que reporta	2	A	NI: NIT	Sí
2	Número de identificación de la entidad que reporta	12	N	Número de identificación sin dígito de verificación	Sí
3	Código de la EPS	6	A	Corresponde al código asignado a la EPS. Ver tabla de referencia códigos CCF y EPS. Todas en web.sispro.gov.co	Sí
4	Fecha inicial del periodo de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de inicio del periodo de información reportada. Ejemplo: 2017-07-01.	Sí
5	Fecha final del periodo de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha final del periodo de información reportada y debe concordar con la fecha de corte del nombre del archivo. Ejemplo: 2017-07-31.	Sí
6	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	10	N	Debe corresponder a la cantidad de registros tipo 2 más la cantidad de registros tipo 3.	Sí
7	Régimen de la entidad responsable del aseguramiento en salud RC o RS	2	A	RC: Régimen contributivo RS: Régimen subsidiado	Sí

b.2. Registro tipo 2 - Registro de detalle de los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la correspondiente entidad responsable del aseguramiento en salud

Mediante el registro tipo 2, las entidades responsables del aseguramiento en salud, reportan el detalle de la información de los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados.

Nº	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Descripción y valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle.	Sí

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	Si
2	Código entidad	6	A	Código de la EPS, debe coincidir con el código reportado en el campo 3 del registro de control.	Si
3	Tipo de identificación del prestador donde se solicita el servicio	2	A	NI: NIT CC: cédula de ciudadanía	Si
4	Número de identificación del prestador donde se solicita el servicio	12	N	Número de identificación sin dígito de verificación	Si
5	Código de habilitación del prestador	12	A	Código de habilitación del prestador. (Ver tabla de referencia IPS código habilitación en web.sispro.gov.co).	Si
6	Código del municipio donde se solicita el servicio	5	A	Tabla división político-administrativa de Colombia Divipola del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio (ver la tabla de referencia municipio en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	Si
7	Tipo de documento de identificación del usuario	2	A	CN: certificado de nacido vivo - DANE MS: menor sin identificación RC: registro civil TI: tarjeta de identidad AS: adulto sin identificación CC: cédula de ciudadanía CE: cédula de extranjería PA: pasaporte SC: salvoconducto de permanencia SI: Sin identificación CD: Carné diplomático PE: Permiso especial de permanencia DE: Documento extranjero (ver la tabla de referencia Tipo ID afiliado RS en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo) - Circular 024 de 2019.	Si
8	Número de documento de identificación del usuario	17	A	Número de identificación del usuario	Si
9	Determinar régimen del usuario (contributivo subsidiado o movilidad)	2	A	RC: Régimen Contributivo RS: Régimen Subsidiado CM: En movilidad	Si
10	Sexo del usuario	1	A	M: mujer H: hombre (Ver la tabla de referencia sexo	Si

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

				en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	
11	Fecha de nacimiento	10	F	Registre la fecha de nacimiento del usuario. En formato AAAA-MM-DD	Si
12	Código ámbito de atención	1	A	1.Ambulatorio no priorizado 2.Ambulatorio priorizado 3.Hospitalario domiciliario 4.Hospitalario internación 5.Urgencias (Ver la tabla de referencia REC ámbito atención en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	Si
13	Código de diagnóstico principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. (Ver la tabla de referencia CIE 10 en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	Si
14	Código del diagnóstico relacionado 1	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. (Ver la tabla de referencia CIE 10 en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	No
15	Código del diagnóstico relacionado 2	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente	No

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

				afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. (Ver la tabla de referencia CIE 10 en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).	
16	Tipo de servicio solicitado	1	A	<p>M: medicamentos P: procedimientos D: dispositivo médico cubierto en el plan de beneficios con cargo a la UPC N: sustancias y medicamentos para nutrición S: servicios específicos C: Servicios no financiados con recursos de salud (Ver la tabla de referencia REC tipo servicio en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).</p>	Sí
17	Código del servicio o tecnología	15	A	<p>• Si en el campo 16 "Tipo de servicio solicitado" se diligenció "M", deberá utilizar la denominación común internacional DCI. (Ver la tabla de referencia DCI en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).</p> <p>• Si en el campo 16 "Tipo de servicio solicitado" se diligenció "P", deberá utilizar los CUPS. (Ver la tabla de referencia CUPS en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo).</p> <p>• Si en el campo 15 "Tipo de servicio solicitado" se diligenció "D", deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia dispositivos médicos en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo.</p> <p>• Si en el campo 16 "Tipo de servicio solicitado" se diligenció "N", deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia sustancias y medicamentos para nutrición en web.sispro.gov.co donde</p>	Sí

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

				encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo. • Si en el campo 16 "Tipo de servicio solicitado" se diligenció "S", deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia REC servicios específicos no cubiertos por el PBS ni financiados con la UPC en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo. • Si en el campo 16 "Tipo de servicio solicitado" se diligenció "C", deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia REC código servicio no financiado con recursos de la salud en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo.	
18	Tipo de medicamento	1	N	Se debe diligenciar si en el campo 15 se tomó la opción M. 1: medicamento 2: vital no disponible 3: preparación magistral	No
19	El dispositivo está incluido en un procedimiento	1	N	Se debe diligenciar si en el campo 15 se tomó la opción D. 0: no 1: sí	No
20	Tipo de prestación	1	N	1: única 2: sucesiva	No
21	Causa de negación	3	N	Deberá utilizar los códigos dispuestos en la tabla de referencia "causa de negación" en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo.	Si
22	Si no encontró la causa en ninguna de las anteriores mencione la razón (otros motivos)	200	A		No

CAPÍTULO 2

Características de los archivos planos

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

a) En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato, corresponde a los siguientes: A - alfanumérico, N - numérico, D - decimal, F - fecha, T - texto con caracteres especiales;

b) Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt;

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

- c) Los nombres de archivos y los datos de los mismos deben ser grabados en letras mayúsculas, sin caracteres especiales y sin tildes;
- d) El separador de campos debe ser *pipe* (|) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial *pipe* (|);
- e) Cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, este campo no llevará ningún valor, es decir debe ir vacío y reportarse en el archivo entre dos *pipes*, por ejemplo, si entre el dato1 y el dato3, el dato2 está vacío se reportará así: dato1||dato3;
- f) Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial;
- g) Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales;
- h) Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos;
- i) Las longitudes de campos definidas en los registros de control y detalle de este anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo;
- j) Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto, no se les debe completar con ceros ni espacios;
- k) Tener en cuenta que cuando los códigos traen ceros, estos no pueden ser remplazados por la vocal "O" la cual es un carácter diferente a cero;
- l) Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el *enter* como fin de registro;
- m) Los archivos deben estar firmados digitalmente.

CAPÍTULO 3

Plataforma para el envío de archivos

Este ministerio dispondrá de la plataforma de intercambio de información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Si la entidad que reporta aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el sitio web del Sispro.

Registrar entidad:

<http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Entidades/RegistrarEntidad.aspx>

Registrar solicitud de usuario:

<http://web.sispro.gov.co/Seguridad/Cliente/Web/RegistroSolicitudes.aspx>

Control de calidad de los datos.

La plataforma PISIS recibe los archivos conformados según la estructura del presente anexo técnico determinado en este acto administrativo y realiza el proceso de validación, así:

- Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción a la entidad que reporta.
- Segunda validación: una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa el resultado a la entidad que reporta.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"

Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez las dos validaciones sean exitosas.

Mesa de ayuda

Con el propósito de brindar ayuda técnica para el reporte de los archivos, transporte de datos y demás temas relacionados, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene dispuesta una mesa de ayuda. Los datos de contacto se encuentran en el siguiente enlace:

http://www.sispro.gov.co/recursosapp/Pages/Mesa_Ayuda.aspx

Adicionalmente, se dispone de documentación para el uso de la plataforma Pisis en el siguiente enlace: <http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Soporte/FAQ/FAQ.aspx>

Tratamiento de la información

Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1581 de 2012 y 1712 de 2014, el Decreto 1377 de 2013 y las normas que los modifiquen o sustituyan.

Seguridad de la información

Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por la entidad competente.

CAPÍTULO 4

Periodo de reporte y plazo

La periodicidad del reporte es mensual, cada mes de información se envía dentro de los primeros veinte (20) días calendario del siguiente mes. En este lapso se surtirán las fases de validación y deberán efectuarse las correcciones correspondientes.

Fecha de corte de la información a reportar	Plazo para enviar el archivo plano	
	Desde:	Hasta:
2020-01-30	2020-02-01	2020-02-20
2020-02-28	2020-03-01	2020-03-20
2020-03-31	2020-04-01	2020-04-20
2020-04-30	2020-05-01	2020-05-20

Y así sucesivamente: